

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Estrecheces uretrales en el hombre, consecutivas á la
blenorragia crónica : tesis de doctorado**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Emilio Martinez Baladrón

Madrid, 2015

ESTRUCURAS TUBERCULOSAS
EN EL HOMBRE
consecutivas á la blenorragia crónica.

Tesis para el grado de Doctor

por
Dn. Emilio M^{ez} Paladrón.




Ultmo. Sr.

Señores:

Versando sobre hechos prácticos, las tesis que en general se presentan a aprobación del Doctorado, no tuve inconveniente en elegir, por haber logrado remir bastantes casos, un punto escrupulosamente estudiado ya y al que dedicaron su atención autores de reconocido mérito, cual es "Las estrecheces uretrales consecutivas a la Gonorragia crónica."

Firme en el propósito de que mi trabajo reculte esencialmente práctico, no examinaré con detención en

su parte teórica más que los puntos que tengan aplicación a los casos para mi más interesantes entre los que he visto y anotado, cuya exposición constituye la última parte de este trabajo.

Creo con esto, dicho lo bastante para esperar de la benevolencia de los dignos Profesores que lo juzguen, pasen por alto las deficiencias de que sin duda alguna adolece, si no ser en todos, en la mayor parte de los puntos tratados y para entrar de lleno en la materia objeto de este trabajo y no molestar la atención del Tribunal, dándole mucha extensión, prescindiré de , como

Definición de la estrechez, Descripción detallada de la exploración uretral etc, que en realidad, no se hacen necesarios.





Etiología

Como solo me propongo estudiar las estrecheces consecutivas a la blenorragia crónica, me ocuparé solamente en este punto, las causas que de un modo más o menos directo, contribuyen a que la estrechez se produzca o sean sus causas predisponentes y que una vez iniciada, influyen en su intensidad; y entre otras citaré: 1.º las traumáticas, como golpes en el periné, andar a caballo y en bicicleta, el uso exagerado de la sonda, las exploraciones mal dirigidas, la masturbación, el abuso del coito, etc. - 2.º inflamatorias, como las inyecciones muy concentradas y repetidas, el abuso del alcohol, las repeticiones de la blenorragia, las mal

Aratadas, la balanitis, etc; y 3.º los vicios de conformación, como los debidos a estrechamiento del meato y en resumen, lo que obre prolongando el estado morbozo o aumentando su intensidad.

La naturaleza de mi trabajo, me obliga a tratar el punto debatido en todos tiempos, de si la blenorragia por si sola da origen a estrechez; hay quien lo niega en absoluto y dicen, que son debidas a las inyecciones muy concentradas y repetidas, acusando entre las más, a las de nitrato de plata. Arguyen que el nitrato exagera la intensidad extensión y profundidad del proceso inflamatorio favoreciendo de este modo, la formación de pequeñas erosiones del canal

Del canal ó roturas intersticiales de los cuerpos esponjosos, principalmente durante las erecciones. No puede negarse esta etiología en algunos casos, pero tampoco puede admitirse como constante, porque si así fuese, en todos los que las inyecciones no hubiesen sido concentradas y sobre todo, en los que no se empleasen, no se presentaría estrechar, y no es necesario insistir sobre cuantas se presentan aún sin ser tratados por este medio.

Se objeta también, que la blenorragia no debe ser causa de estrechar, por que siendo la porción anterior de la uretra la que más se inflama, se encuentra ordinariamente la estrechez á catorce ó quince centímetros del meato. El cirujano inglés Hunter, apoyando esta objeción, dice que nunca se ve

formada una estrechez, ni durante la inflamación venérea, ni en los primeros tiempos que siguen a su desaparición. Para hacer más sólida esta teoría, valiéndose de otros argumentos dice: las estrecheces se las encuentra con frecuencia en la generalidad de los conductos del cuerpo humano; se presentan en los intestinos, exófago y aún más, en el recto, ano, prepucio y conductos lagrimales, sin que hubiese existido ninguna enfermedad venérea en esos órganos. Indudablemente que no todas las blenorragias van seguidas de estrechez y en general no se presentan en las agudas y máxime en las limitadas a los diez centímetros anteriores, sin embargo, las que se observan en sujetos de constitución particular, en los descuidados.

y mal tratados, en los que aún siguiendo buen tratamiento cometen excesos, en los que se hace crónica o tienen más de una blenorragia, en los que aún siendo aguda invade el proceso inflamatorio el tejido celular submucoso las glándulas y el tejido esponjoso, formando la exudación de sangre y linfa plástica en su espesor y aún originar la formación de abscesos en las paredes de la uretra; en una palabra, las estrecheces que se presentan no solo en las blenorragias crónicas, sino en aquellas que por su mucha duración, por ser mal tratadas y sobre todo, por extenderse las lesiones ya en longitud ya en profundidad, nos pone de manifiesto lo erróneo de esta teoría.

En cuanto á que jamás se forman durante la inflamación venérea, ni en los primeros tiempos que siguen á su desaparición, no puede negarse, pero no es raro para que no se formen después.

Que se encuentren estrecheces en otros conductos, sin que sean de origen blenorragico, tambien es verdad, pero nada demuestra que la uretra no pueda ser modificada en su estructura por las mismas causas que obran sobre el intestino, ano, recto, exófago, etc. En la uretra hay una causa más, muy especial de alteración, que es la uretritis adquirida por el coito, raro por lo que las estrecheces en este organo son más frecuentes y como dice muy bien Voillernier

contestando a' Hunter, nada es más cierto, esa objeción no tendría réplica alguna, si se pretendiese que la uretritis es la única causa de estrechez.

No me detendré más en este punto, por no considerarlo necesario no solo por lo que queda dicho, sino por las múltiples razones que se irán presentando según se vaya desarrollando este trabajo, viniendo a' deducir que no solo no hay estrecheces uretrales de origen blenorragico, sino que la mayor parte de las estrecheces uretrales, reconocen por causa la blenorragia crónica.

Frecuencia. - Por más que esta ~~fuera~~ de duda, que la causa mas general de las estrecheces uretrales, es la

blenorragia crónica, no por eso vamos admitir como algunos cirujanos, que no ya toda blenorragia crónica, sino las agudas y según su expresión las muy contagiosas originan una estrechez. Según esto, dada la frecuencia con que se presenta la blenorragia, cuando menos un diez y ocho o veinte por cien de los que habitan las poblaciones tendrían estrechez. Si nos fijáramos en la proporción en que se hallan en las autopsias, sin contar las que pasan desapercibidas y sobre todo, mirando las estadísticas, comprobaremos que ~~si es~~ mucho se acercan a tal cifra, resultando poco frecuentes, pues hay un total de un ocho a un diez por cien, consecutivas la mayoría a la blenorragia crónica. Citaré dos o tres estadísticas

como comprobación.

—— Segun Guyon en 187 casos ——

La afección fué larga y mal curada 89.

de corta duración 17.

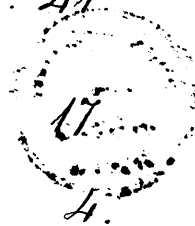
Se desconoce la duración de la blenorragia . . . 81.

—— En 62 casos de Alejandro Settier. ——

La afección fué larga, mal curada persistiendo mucho
tiempo la gota militar } 41

Duró de seis a doce meses 17.

De poca duración. 4.



— De 160 casos de Thompson —

La afección fué crónica ó descuidada	90.
atribuida á inyecciones muy concentradas	3.
se presentó casi cuando la blenorragia	4.
Habia cesado la supuración á consecuencia del tratamiento	6.
Desconocida la duración del flujo	61.

Mucho mayor es sin comparación la frecuencia de la estrechez blenorragica á la de las otras clases, y para demostrarlo citaré algunas estadísticas.

— En 226 casos del Otr. Guyón. —

La estrechez era de origen blenorragico	187.
" " " " traumático	27.
" " producida por cicatrices de chancros	1.
" " " " espasmos seguidos de una fuerte inflamación	2.
" " " " excesos alcohólicos repetidos.	3.
" " de causa desconocida	6.

— En 220 casos de Henry y Thompson —

De origen blenorragico	164.
por lesiones del periné.	28.

Por cicatrices de chancre	3.
Por estados consecutivos al fagedismo	1.
" " congestivos.	6.
" envenenamiento por el nitrato de plata.	1.
" masturbación	1.
" litroticia	1.
Estrecheces infranqueables ocasionadas p ^{te} abscesos y terminados p ^{te} resolución	8.
" espasmódicas ocasionadas p ^{te} una irritación al nivel del recto.	2.
" ocasionadas por excesos de alcalinidad de la orina	3.
" " " causa desconocida	2.



Según la estadística de Martin, de 220 casos

Era de origen blenorragico	187.
Por traumatismos	27.
„ ulceraciones chancerosas	5.
„ causa desconocida	1.

En el Hospital de San Bartolomé de
Londres, en las clínicas de 1874 a 1878, y casi lo mismo
en el General de Viena, de 249

La estrechez era de origen blenorragico	213.
„ „ „ „ traumático	19.
„ „ por otras causas	17.

La proporción entre las estrecheces y las demás enfermedades, no podemos decir que sea elevada; veámos las estadísticas.

Hospital de S. Jorge de Londres

Años.	Nº de ingu- sados.	De estre- chez.
1877	3.252.	32
1878.	3.575.	44.
1879.	3.620.	50.

Hospital de S. Bartolomé, de Londres

1876	5.125.	60.
1877	4.777.	34
1878.	5.243.	51.

Hospital General de Viena

1876	18.191.	46
1877	21.743.	49
1878.	22.263.	63.

Hospital de la Caridad de Berlín.

Años.	Nº de ingresados.	De estrecher
1876.	11.573.	15.
1877.	14.076.	16.
1878.	14.312.	24.

Reuniendo el número de ingresados en los cuatro hospitales y estableciendo la proporción, resulta que la frecuencia es de un cuatro por mil. No debe sorprendernos que en algunos hospitales la proporción sea mayor, como por ejemplo en el Clínico de la Universidad de Londres, que en el año 1876, en 1924 ingresados, 44 eran de estrecher o sea el 2½ por %. Obedece esto a las condiciones de localidad,

de aquí, que al establecer la proporción debemos tener siempre esto en cuenta

Aparición. - Según resulta de la comparación de las estadísticas, así como en opinión de los cirujanos, es grande la diferencia en el tiempo que transcurre desde la blenorragia, hasta la formación de la estrechez, o mejor dicho, hasta que es notada por el enfermo.

De la estadística ya citada de 187 casos del Dr. Guyón se presentó:

Antes de un año en 4

Después de uno a dos años en 10

" " dos a cuatro " 12

" " cuatro a seis " 20

Despues de seis a ocho años en	16.
" " ocho a diez " "	11.
" " diez a veinte " "	49.
" " pasados veinte " "	20.

De los 62 casos de Alejandro Setti

Antes de un año . . . en	0
Despues de uno a dos años en	0
" de dos a cuatro " "	8
" " cuatro a seis " "	11
" " seis a ocho " "	13
" " ocho a diez " "	15
" " diez a doce " "	20
" " doce en adelante	0
Desconocido el tiempo.	13.

De la de 164 de Thompson:

Sobrevino inmediatamente en	10.
" un año despues "	71.
" tres a cuatro años despues	41.
" siete u ocho " "	22.
" entre ocho, veinte y veinticinco años despues.	20.

Como se ve, no existe conformidad en las estadísticas enumeradas. Otro tanto sucede con el señalado por los cirujanos, pues desde los que dicen se presenta un año despues de la blenorragia, hasta el que admite la producción de la estrechez a los veinte, veinticinco y más, se encuentran todos los grados intermedios de dos a cuatro, de cuatro a ocho, de ocho a doce y de doce a veinte.

Estriba esta disconformidad, en que unos toman como punto de partida la primera blenorragia, mientras que otros la última; además muchas veces el enfermo no da referencias exactas y los hay, que por fines particulares, hacen remontar su blenorragia a más tiempo del que en realidad tiene; y por fin, aunque más raras veces, algunos lo disminuyen.

En general, la mayor parte se presenta de los seis a los doce años; ahora bien, puede ser antes del año y aun después de los veinte o veinticinco.

Ocupaciones de los enfermos de estrechez. - Como la blenorragia afecta por igual a todas las clases de la sociedad y en la misma forma a todas, con la invariable diferencia

de poder ser tratados por unos mejor que por otros, claro está que no puede haber predominio de las estrecheces en ninguna, no obstante, en todos aquellos que están sometidos a alguna de las causas predisponentes enumeradas, será en los que con más probabilidades se presenten.

Edad. - Las estrecheces pueden presentarse en las primeras edades y en las avanzadas. Palecki cita casos de niños de diez y doce años afectos de estrechez, e inclusive con complicaciones de abscesos; Albarran, uno de catorce y otro de once; Ashner uno de diez y nueve que había contraído la blenorragia a los cuatro años y así otros; en las edades avanzadas se citan hasta de ochenta y más años, de modo que puede presentarse en todas las edades.

Sin embargo, ordinariamente se ven en la edad viril, por que la blenorragia suele padecerse en la juventud y como la estrechez tarda en presentarse, de ahí que aparezcan en la edad dicha.

Anatomía patológica.

Lesiones macroscópicas. - Macroscópicamente, si la estrechez es incipiente, se observa, valiéndose del endoscopio, que los pliegues longitudinales han desaparecido y a lo sumo solo hay uno ó dos voluminosos, á cuyo nivel la mucosa se presenta de un aspecto blanco grisáceo, debido á la falta de desarrollo vascular; otras veces su color es jaspeado; desaparece el brillo

del epitelio, siendo más o menos apagado, engrosándose más en un punto que es el que corresponde a la estrechez; las glándulas están aumentadas de volumen; las lagunas de Morgagni dilatadas y la mucosa infiltrada y cubierta de secreciones.

Cuando las lesiones están más adelantadas, también en el cadáver puede verse un pequeño abultamiento que generalmente no abarca toda la circunferencia de la uretra; igualmente se nota la pérdida del color de la mucosa, las lagunas de Morgagni ensanchadas y las glándulas aumentadas de volumen. Si la estrechez está muy adelantada, por de más está decir que las lesiones son muy perceptibles, la mucosa se presenta pálida alternando con parte de color rojo vinoso, muy

engrosada y adherida a los tejidos subyacentes de los que no puede separarse siendo inextensible en sentido trasversal; los orificios de las glándulas están muy ensanchados, el cuerpo esponjoso pierde su aspecto reticulado, estando infiltradas sus mallas de una materia gris amarillenta; cuando tiende a terminar la organización y retracción, su aspecto es de una tira ligamentosa. El tejido sano situado delante de la estrechez, es blando y se desgaja con facilidad. Las lesiones son mucho mayores por detrás del punto estrechado, siendo profundas y destructivas en los casos graves. El conducto está disminuido de calibre y partiendo del punto más estrechado y en una longitud como de un centímetro tanto por delante como por detrás, la coartación va

atenuándose hasta llegar a recobrar el calibre normal, siendo siempre mayor la dilatación por detrás del punto estrechado por las presiones que sufre al ser expulsada la orina.

Asiento de las estrecheces. - Pueden situarse en cualquier parte de la porción esponjosa y aún en parte de la membranosa. Leroyd'Etiolles y Ricord, las admiten en la prostática y dicen haberlas visto. Aunque la autoridad de estos señores es grande, está muy permitida la duda, puesto que la porción prostática no es susceptible de retroacción, a no ser que se man sus dos superficies opuestas, como tan claramente demostró Voillemier. En caso de haber alguna será rarísimo y si se me permite, diré que no dejará de ser una anomalía.

Cuando solo es una la estrechez, asienta en el fondo del saco del vulvo o a su nivel por la parte anterior de la región membranosa. Si existe más de una, la de menor calibre corresponde al fondo del saco del vulvo y en este caso, lo más frecuente es que las demás se localicen en la porción esponjosa correspondiente al vulvo o perineo vulvar hacia la raíz de la verga.

Número - Generalmente las estrecheces blenorragicas son dos y algunas veces, aunque las menos, tres. Hunter, cita un caso de seis. Lallemand, de siete. Callot, de ocho. Leroy d'Étiolles, once; y Martin el de una estrechez que se extendía por toda la porción esponjosa, que atribuye a muchas

estrecheces que se habian inido sucesivamente

Por más que puede encontrarse más de tres estrecheces en un mismo individuo, es muy raro que así suceda y siempre al cerciorarse de si hay más de una, debe tenerse cuidado especial de no sufrir equivocaciones, porque hay estrecheces bastante extensas que en unos puntos están más pronunciadas que en otros y hacen creer en varias estrecheces y a la inversa, puede haber más de una y ser solamente una la apreciada por el cateter al hacer la exploración, por ser más intensa la primera y muy amplia la siguiente o siguientes.

Forma.- Sabemos que si en estado normal cortamos al través la porción peniana, ofrece la forma de una

hendidura vertical, mientras que en la vulvar es transversal y que la uretra solo tiene un calibre virtual puesto que sus paredes se ponen en contacto a no ser durante la micción que se separan para dar paso a la orina; pues bien, cuando se modifica su estructura por la formación de estrecheces, ya no se adosan sus paredes que resultan rígidas, encontrándose transformada la hendidura normal, en un orificio más o menos grande, lo que da lugar a que afecte diferentes formas; puede ser en manguito, oval, media luna, anular, en mamelon, triangular, en ovillo, lineal, en embudo, tortuosa, la de una simple brida y la de dos conos unidos por sus vertices que, o se confunden o están unidos por una especie de gollete. Es muy distinta la configuración de los pri-

los estrechados, dependiendo del grado de desarrollo de la estrechez lo que á su vez está en relación, con la duración del proceso inflamatorio y el tratamiento á que haya sido sometido. Pueden las modificaciones ser tan pequeñas que pasan desapercibidas y más cuando se abre el canal en la dirección de su longitud, siendo necesario en ocasiones una minuciosa exploración para llegar á percibir las.

Orificios. - Son dos, uno anterior y otro posterior.

El anterior puede estar colocado en el centro de la luz del conducto, ó mas aproximado á uno de los lados y hasta en contacto con la pared uretral; cuando la estrechez abarque toda la circunferencia de la uretra es más ó menos ancho y á veces tan pequeño que se hace casi imposible la introducción de la bujía mas fi-

na, llegando en algunos casos a ser completa la obturación; puede encontrarse recubierto por un repliegue de la mucosa o por una brida que imposibilite la introducción de la sonda. Lo más frecuente es que el orificio no corresponda al eje del conducto y por lo tanto que se aproxime a una de las paredes más que a la otra.

El posterior, lo mismo que el anterior, puede ser más o menos pequeño y estar inclinado hacia uno de los lados; la desviación puede no corresponder con la del orificio anterior, en cuyo caso no están situados en el mismo eje. El orificio posterior, siempre es más ancho que el anterior.

Trajecto - Las modificaciones que la estrechez im-

prime en el conducto uretral, modifica no solo su forma, si que el tambien su trayecto. Desde el punto que comienza la estrechez, se nota una disminucion cada vez mayor de su calibre, en una extension de tres o cuatro milimetros se sostiene a un mismo nivel, volviendo a ensancharse mas y mas, hasta llegar a recobrar la uretra su volumen normal. El trayecto de la parte modificada, puede ser mas o menos inclinado, sinuoso u oblicuo; si los orificios ocupan el eje del conducto, el trayecto sera lineal y lisas sus paredes; aunque los orificios no ocupan el eje, siempre que se correspondan, sus paredes tambien seran lisas; si no se corresponden los orificios el trayecto es tortuoso o de contornos en forma de S y en general, tienen muchas bridas que forman pequenas anfractuosidades.

Grado.- Es muy variable el grado de la estrechez, pudiendo observarse desde la más pequeña disminución del calibre del conducto uretral, hasta la obliteración completa. Algunos cirujanos la niegan, entre ellos Guyon, que dice no haberla visto jamás; sin embargo Lacroix remitió cinco casos; Chopar dos y Allies uno; en todos ellos había fístulas que permitían el paso de la orina y se citan casos que con ser la obliteración completa, la orina sale por el meato gracias a un canal colateral que pone en comunicación las partes de uretra situadas por delante y por detrás del punto obliterado. Voillemier, dice que si las fístulas dejan el paso necesario para la expulsión de la orina el conducto podrá obliterarse totalmente, pero que en caso de no ser

suficientes, siempre habrá un paso capilar que podrá franquearse con esobillas de vidrio hueco que se estiran a la lámpara.

Innecesario es decir, que el grado depende del estado de las lesiones, del tiempo transcurrido, del tratamiento a que se hubiere sometido, etc.

Longitud. - La uretra puede hallarse estrechada en toda su extensión, pero en general, la longitud de la estrechez es, de un milímetro a dos centímetros, casi siempre de un centímetro a centímetro y medio, siendo estas cifras aproximadas, pues, aun tomadas en el cadáver no son exactas por ser difícil precisar donde empiezan y terminan las lesiones.

Lesiones microscópicas. - Como son distintas

por delante, al nivel y por detrás del punto estrechado, las estudiaré separadamente.

Por delante de la estrechez. - Al mismo tiempo que se multiplican las capas de epitelio y se infiltran entre las células numerosos leucocitos, el epitelio cilíndrico se transforma en plano. Finger, dice que obedecen a tres tipos las alteraciones que sufre el epitelio; en el primero la capa superficial de células cilíndricas, es reemplazada por otra de planas y anchas, estando engrosada por debajo de ella, la capa de células vasales poligonales; en el segundo toma un carácter epidormoideo el epitelio, presentándose una capa profunda de células cúbicas y por encima capas múltiples de células poligonales; y en el tercero el epi-

telio no se halla constituido nada más que por una ó varias capas
básicas, cuyo epitelio es nucleado y plano, semejándose a las capas
superficiales de la epidermis.

La alteración no solo constante, sino característica
del tejido subepitelio, es su infiltración inflamatoria que pre-
senta mucha tendencia a retraerse. Concomitante con la proli-
feración embrionaria, se observa una vascularización abundante;
la infiltración inflamatoria está constituida en un principio
por células redondas que transforman más tarde en tejido de ci-
catriz, esto es, en un tejido fibroso.

Los vasos del tejido subepitelio se dilatan y lo
mismo las glándulas, terminando por destruirse y presentam-

dose al rededor de ellas esclerosis periglandular; las lagunas de la mucosa se dilatan, si bien estas lesiones no son tan frecuentes y aun lo son menos, las del tejido esponjoso como propagaciones de los trastornos periglandulares.

Al nivel del punto estrechado. - Se presentan aqui las mismas lesiones que por delante de la estrechez, con la diferencia de que son mucho más intensas. Siempre, pero en diferentes grados, existe endo y peri-arteritis algunas veces tan intensa que ocasiona la obliteración de las arterias gruesas de los cuerpos esponjosos. El epitelio toma el carácter pavimentoso córneo; se encuentra a veces por debajo de las células córneas un estratum granuloso con células cargadas de eleidina, pero es

más frecuente que no excita esta capa y que a las células cóncavas sucedan hileras de células poligonales: el dermis mucoso embrionario y el tejido esponjoso situado debajo del epitelio se confunden.

Por detrás del punto estrechado. - Como en este punto es donde la orina tiene que hacer más fuerza para vencer el obstáculo que se opone a su salida, el espacio se agranda siendo bastante mayor que en los otros puntos. Como consecuencia de esta dilatación, la orina se estanca y lo mismo las secreciones patológicas: si añadimos a esto que las lesiones de la uretritis crónica son mucho más intensas y se localizan más en este punto, tendríamos plenamente confirmado la

raron del porque las lesiones por detrás del punto estre-
chado llegan a su más alto grado; y así se observa que las
glándulas se transforman en quistes que pueden dar lugar
a la formación de abscesos más o menos pequeños y que la
infiltración embrionaria invade la mucosa y tejidos vecinos,
hasta el punto de originar la formación de abscesos peri-
uretrales. En este punto es donde se presentan las ulcera-
ciones, llegando algunas veces a alcanzar tanta profundi-
dad, que invaden toda la pared uretral. Es también don-
de se ven los diferentes tipos de transformación córneas del
epitelio y esas vegetaciones polipeformes que obstruyen la
luz del canal.

Se localizaba en un principio el origen de las estrecheces en los tejidos peri-uretrales, esto es, fuera de la mucosa. La inflamación de la mucosa, ocasionaba al rededor de la uretra una especie de flebitis con retracción inflamatoria de las travéculas de tejido esponjoso y organización de coágulos, dando esto lugar á que fuese empujada la mucosa hacia el eje del conducto, quedando de este modo formada la estrechez.

Los trabajos de Prisson, Stilling, Desmoul. Second, Dittier, Guirmisson, Aental, de Noël Halle, Melville, Warsemon y otros muchos, han aclarado el error, demostrando que el punto de partida, es decir, las lesiones pri

mitivas, tienen su origen en el epitelio de la mucosa, continuando seguidamente a la submucosa y luego al cuerpo esponjoso terminando por la formacion de un tejido fibroso y duro que es el que forma la estrechez.

El hecho siempre constante y esencial, es la transformacion del epitelio cilindrico normal en pavimentoso estratificado, existiendo en la superficie de la mucosa una proliferacion epitelica muy abundante que, ademais de disminuir la luz del conducto por su acumulacion en porcion estrechada, al descomarse se necrosa y mezclandose con el producto secretorio de las glanchulas, dan lugar a ese flujo que con tanta frecuencia se presenta en los sujetos afectados

de estrecharse.

Además del hecho constante y esencial de la transformación del epitelio cilíndrico en pavimentoso, hay otro en nada menos esencial e indispensable, que es la neoformación conjuntiva que partiendo de la mucosa inflamada, se extiende a los demás tejidos.

Consiste esta neoformación, en la infiltración de los tejidos por células conjuntivas embrionarias que derivan de la proliferación de las células conjuntivas normales y de la transformación de las que por diapedesis contribuyen a formar el exudado inicial. Como consecuencia de esta neoformación se forma un verdadero tejido conjuntivo que, retrayéndose

-41-

y atrofíandose, desempeña el principal papel en la producción de la estrechez. Pero, no es esto solo, sino que además se le une otro agente y es, una modificación vital de los elementos elásticos y musculares de las paredes uretrales, resultando que a la contracción fisiológica e intermitente sucede, a consecuencia de la fleumacia, una retracción patológica y permanente.

La degeneración fibrosa del tejido conjuntivo de nueva formación, en general, no afecta por igual a toda la circunferencia de la uretra, ni tampoco a una parte determinada siempre. Los trabajos de Brissard, Segond, y otros demostraron después de dividirla en cuatro porciones

que mas veces es mayor la condensación en un lado y otras en otro.

En algunos casos es la infiltración subepitelica de la mucosa, la que propagandose directamente a las areolas más próximas del cuerpo esponjoso, engruesa los tabiques de dichas areolas, con lo que se oblitera su cavidad constituyendo la estrechez, viniendo a resultar insensible el tránsito entre la blenorragia y la estrechez.

Aunque las primitivas lesiones, son en el epitelio de la mucosa, no obstante, para formarse la estrechez solo son decisivas las alteraciones por debajo de la mucosa, siendo necesario que la inflamación invada las paredes uretrales en.

todo su espesor y a la vez se produzca una infiltración de líquido plástico y algunas veces sangre en el tejido esponjoso.

No por eso, siempre que haya infiltración plástica de los tejidos muscular, conjuntivo y esponjoso, conyungentes a la inflamación, ha de presentarse la estrechez, por que puede acontecer y así resulta no pocas veces, que sea absorbido el exudado y por consiguiente no se forme la estrechez. Lo más general es que su completa absorción sea perturbada por cualquiera de las causas dichas en la etiología, las cuales prolongando su existencia, determinan su cronicidad y entonces comienza la formación de la estrechez.

Síntomas.- Sobre tres puntos versan los signos de

las estrecheces uretrales: Antecedentes del enfermo; síntomas funcionales y examen directo de la uretra: podemos agregar los síntomas generales que, aunque no son de mucha importancia, algunas veces no dejan de tenerla.

Antecedentes del enfermo. - Por los datos que nos suministra el enfermo, nos enteramos si tuvo más de una blenorragia, del tiempo que data o datan, duración y tratamiento a que estuvo sometido, si la micción es o no dolorosa, si es más frecuente y hay algún goteo o aparece mojado sin darse cuenta, si la orina es del mismo color y cantidad que anteriormente, si el chorro sale con fuerza y es delgado o grueso y las modificaciones que sufrió, si al pasar la orina por la uretra siente ardor en

algún punto, si hay alguna secreción y como es, si es doloroso el coito, y como estos, otros que estudiaré con los síntomas funcionales.

Síntomas funcionales.- Según la antigüedad y estado de las lesiones, el número, longitud y grado de las estrecheces, el asiento, la forma, orificios y trayecto y la edad y neurosisismo de los enfermos, así serán sus síntomas funcionales.

De conformidad con la antigüedad de las estrecheces y la intensidad de las lesiones, está la alteración del estado fisiológico de la uretra, lo que necesariamente influye sobre los síntomas de la estrechez que se hacen más manifiestos y en la pérdida de la fuerza contractil de la vejiga, origina

da por el exceso de trabajo.

Tiene influencia decisiva sobre la intensidad de los síntomas, el número y la extensión de las estrecheces, por que la orina tiene que luchar con más obstáculos y más fuerza es necesaria para vencerla y por lo tanto, por detrás del punto estrechado será cada vez mayor la dilatación, estará aumentado el dolor a la micción y el acúmulo de la secreción glandular y de la orina.

Nada modifica tanto la sintomatología como el grado de estrechez, pues, desde la estrechez tan pequeña que pasa desapercibida, hasta en las que por ser muy adelantadas llega a presentarse la incontinencia y retención de orina, segun

los casos, e inclusive la caquexia urinosa, se presentan todos los grados. De aqui que para el estudio de los sintomas funcionales es muy importante distinguir las estrecheces amplias que son todas aquellas que no se las puede reconocer si no ser con explorador olivar n.º 22 (Escala Charviere) en adelante; y las estrecheces apretadas que comprenden hasta el 22.

El asiento de la estrechez determina la aparicion o el cambio de intensidad y forma de algunos sintomas; en general y por supuesto en igualdad de circunstancias, son tanto más dolorosas las micciones y mayores las modificaciones en la direccion del chorro, cuanto más próximas estén al meato.

Las que asientan en la porcion peniana, ade-

más de los síntomas comunes a todas, presentan encurvación de la verga, cuya concavidad se dirige hacia abajo durante la erección. En las vulvares, para ser manifestos los síntomas, la estrechez tiene que estar mucho más adelantada que en las demás: las del meato suelen ir acompañadas de fenómenos nerviosos y muy molestos que, inclusive pueden dar lugar a espasmos de la porción membranosa y como consecuencia, dificultar la micción o presentarse la retención.

Las modificaciones que la forma, orificio y trayecto imprimen a los síntomas, siempre están en relación con el grado de estrechez, pues aunque la forma sea de las que produzca síntomas más molestos, si el grado de estrechez

es pequeño los síntomas no pueden ser muy intensos. En general, si la forma no es muy irregular, si los orificios se corresponden y el trayecto no es sinuoso y sin bridas, ni con mucho serán tan molestos los síntomas como en aquellas en que la estrechez abarque toda la circunferencia, ocupen distinta situación los orificios y el trayecto sea tortuoso y con bridas.

No deja de tener su importancia la edad del enfermo, pues, por no disponer de tanto vigor en las edades avanzadas, los desórdenes tienen que ser mayores; y así se observa que en los viejos la micción se hace más difícil por falta de fuerza contráctil en la vejiga; y en los jóvenes ordinariamente se presentan fenómenos neurasténicos y sensaciones

dolorosas.

Y por último el neurosismo de los enfermos, aumenta mucho las sensaciones, habiendo casos en los que no solo lesiones iguales, sino más pequeñas, se hacen mucho más dolorosas que en otros que las tengan muchísimo mayores.

Estrecheces amplias. - La mayor parte de los enfermos de estrecheces amplias, siempre que acuden al médico, es para ser curados o de una blenorragia o de la reproducción de la anterior o bien de gota militar. Suele suceder que con el exceso de bebidas alcohólicas alguna causa excitante, abuso del coito, u otra causa predisponente de las ya enumeradas, sus molestias se exacerban y después de apelar a todos los medios

y verse desesperados por no haber conseguido su curación. Recurren al médico en la creencia que es alguna de las afecciones que antes he dicho: en efecto, los síntomas funcionales no hacen sospechar se trate de una estrechez y, sin embargo, al ser reconocidos, con sorpresa se desvanece el error y remitta a serlo.

Los síntomas que presentan, podemos decir que solo se refieren a modificaciones en la micción, en la yaculación y a una secreción seropurulenta.

Los enfermos sienten error al principio y durante la emisión de la orina que cada vez se hace más frecuente, larga y penosa: el chorro no es expulsado con la misma

y sale retorcido generalmente en forma de espiral; la eyacu-
lación es más dolorosa que la micción por la distensión que sufre
el canal al ser expulsado el esperma. Estos síntomas van acom-
pañados de una secreción sero purulenta que es lo que más hace
creer a los enfermos que su padecimiento es blenorragico o gota
militar, influyendo en su ánimo para hacerlos apelar al médico.
Hay algunos enfermos nerviosos que además de estos síntomas
se quejan de lumbalgia y neuralgias testiculares

Estrecheces apretadas. - Del mismo modo que en las
amplas, las principales alteraciones corresponden a la mic-
ción eyacuación, exudación y a la orina; las demás pertenecen
a las complicaciones.

A tal extremo llega la importancia que algunos conceden a las modificaciones del chorro, que afirman que son lo suficientes para hacer el diagnóstico seguro de la longitud y hasta del asiento de las estrecheces, llegando a las siguientes conclusiones: la estrechez será fuerte más bien larga y anterior, cuando el chorro es delgado, de arco corto y de mediana velocidad; es anterior y pequeña, cuando el chorro se desparrama con cierta velocidad; es pronunciada y posterior, si sale a gotas separadas; y es pequeña y posterior, cuando el chorro es grueso y cae perpendicularmente. La abertura no es central, cuando el chorro se divide de tal modo que por encima forme un arco corto y por debajo hay goteo; y por último, si al terminar de orinar se siente presión en el periné

o sobreviene goteo espontáneo, entonces por detrás del punto estrechado hay una gran dilatación en donde se estanca la orina.

Indudablemente que son muy importantes las modificaciones del chorro, pero por eso, ni se suceden con esa regularidad, ni tampoco bastan para diagnosticar la estrechez.

Las principales modificaciones del chorro, se refieren al volumen, a la forma y a la fuerza de proyección del chorro.

El volumen según va aumentando la estrechez así va disminuyendo, por lo que la micción cada vez se hace más prolongada; la disminución puede llegar al extremo de faltar el chorro y salir por gotas como babeando.

La forma varía mucho; se aplana, se bifurca en dos o más chorros, toma la forma de regadera, se divide en dos de los que el superior se proyecta a lo lejos y el inferior cae a gotas; puede ser en espiral y en forma de hoja de sable.

La fuerza de proyección se va acortando poco a poco, estando en relación, además de con la forma, el estado de la estrechez y tiempo transcurrido, con la contractibilidad vexical. Lo que más influye en la proyección del chorro es la contracción de la vejiga, merced a la que aún con ser grande la estrechez, la micción se sostiene porque la vejiga se va hipertrofiando y como consecuencia, desarrollando más fuerza, pero con el tiempo la compensación se pierde hasta llegar un

momento, en que por decirlo así, queda como impotente y entonces es cuando sobreviene la disuria, la retención y la incontinencia, pudiendo hasta llegar a la caguexia urinosa.

Disuria. - Al disminuir la fuerza vesical, cada vez y según el progreso de su disminución, más y más se imposibilita la micción, empujando por hacer mayores esfuerzos los enfermos e inclinarse hacia adelante. Como la vejiga ya no es capaz de hacer tanta fuerza como se necesita, no se vacía por completo quedando detenida cierta cantidad de líquido, razón por lo que, como se llena más pronto, los deseos se hacen más frecuentes, las molestias van siendo mayores y los intervalos de las micciones se acortan; los enfer-

mos redoblan sus esfuerzos y apelan a diferentes recursos; unos estrujan el miembro, otros se ponen en cuclillas, lo introducen en agua fría, hacen presiones sobre la región que creen ocupa la vejiga o bien introducen diferentes objetos en la uretra y en fin, se valen de cuantos medios cruzan por su mente para ver aliviadas sus angustiosas molestias.

Retención de orina. - Cuando por cualquier circunstancia se hace imposible el desocupar la vejiga se constituye la retención, pudiendo ser incompleta y pasajera y total o aguda. Generalmente la retención incompleta, es la que suele presentarse en las estrecheces de grado avanzado y cuando falta la fuerza contractil de la vejiga manifes-

tandose por deseos frecuentes de orinar y molestias más o menos grandes para conseguirlo según el estado de la retención; y por más que la micción puede verificarse, no obstante la vejiga no se vacía por completo, quedando detenida cierta cantidad de líquido, exponiendo a los enfermos esta retención incompleta a la alteración de la composición de la orina y a la intoxicación urínica crónica por la estancación de la orina en la vejiga y alteración consecutiva de esta. En ocasiones se presenta la retención completa, siendo las maniobras instrumentales, los excesos del alcohol, los enfriamientos, los abusos del régimen, etc. los que la originan provocando en la mayor parte de los casos, el espasmo de la región membranosa y disminuyendo la contractilidad de la vejiga; otras

veces se pasa gradualmente de la retención incompleta a la completa.

Aunque es raro, ciertos individuos sufren la retención completa seis, doce, veinte y más horas, sin que sean grandes sus molestias, pero, en los más solo se tolera con relativa facilidad, dos o tres horas, exacerbándose los deseos de orinar con tal intensidad a cada momento y siendo tan vivos los dolores, que el enfermo se agita, gime, busca distintas posiciones, la respiración es anhelosa, el corazón late con fuerza, los ojos están como saliéndose de las órbitas, la cara se pone amoratada, pudiendo llegar a producirse el síncope, repitiéndose la crisis una tras otra; y si no se inter-

viene ó no cesa el espasmo, cuando es esta la causa, puede presentarse la uremia por reabsorcion, agregandose á los sintomas de la retencion, cefalalgia, vomitos, vértigos, ambliopía, zumbido de oídos, en una palabra, el cuadro sintomático del envenenamiento urémico.

Cuando la retencion obedece á un espasmo de la region membranosa, suele ceder al cabo de más ó menos tiempo, y con sorpresa para los enfermos, al ir á orinar lo hacen como antes de presentarse la retencion.

Incontinencia de orina. - Primeramente solo se presenta despues de la miccion fluyendo gota á gota más ó menos orina; este goteo va aumentando hasta no ser posible al enfermo

contenerla y así llega a la incontinencia completa, en la que toda la orina es expulsada a gotas sin darse cuenta a no ser al notarse mojado. Siempre el goteo empieza por ser diurno, cesando con el decubito por que como el orificio vesical se halla más alto, la vejiga puede llenarse más, pero en los periodos avanzados pasa a ser diurna y nocturna por haber desaparecido toda la contracción muscular y haber llegado al mayor grado las deformaciones; la causa de la incontinencia es la siguiente, desde el punto estrechado hasta el mismo cuello de la vejiga todo empieza a dilatarse, hasta quedar representado por un tubo más o menos ancho, de manera que el punto estrechado es el que representa el cuello y como no es contractil no puede

detenerse, la orina en la vejiga y entonces sale goteando por no oponerle resistencia la estrechez.

Eyaculación. - Casi siempre antes que los deseos de la micción, suelen presentarse los de la eyaculación, por que en la micción, la distensión se va haciendo gradualmente y como el enfermo sabe lo dolorosa que le es, se previene para que la orina no salga con fuerza; mientras que en la eyaculación, como el golpe que sufre es brusco las molestias son más intensas. En algunos es tan vivo el dolor que se abstienen de toda relación sexual; cuanto más tiempo transcurre sin verificar el coito, como mayor es la cantidad de esperma, más grande es la distensión y el dolor, de ahí que si

los intervalos no son largos las molestias disminuyen.

Cuando la estrechez es reciente y está hipere-
mada, puede aparecer mezclada con estrías de sangre el
esperma, saliendo á veces mezclado con secreciones patológicas
que arrastra de la uretra posterior. Contribuye á que el
dolor sea mayor el que los fenómenos inflamatorios se exten-
dan á los conductos eyeculadores, á las venículas seminales,
á la próstata y al vulvo. Si la estrechez ocupa la parte
anterior y en grado es avanzado, el sperma no es expulsa-
do rápidamente, sino que sale poco á poco, deslirándose sin
fuerza y como babeando; si es avanzada y posterior, fluye
gota á gota y algunas veces en vez de ser expulsado al exte-

rior pasa a la vejiga; no es raro encontrar enfermos que dicen que después del coito orinan con más facilidad: esto se explica ya por la dilatación que sufrió el canal, ya por la especie de colapso del caput-gallinaginis, en el que antes del coito existiría hinchazón hiperémica.

Exudación.- En la dilatación que existe por el detrás del punto estrechado, queda retenida cierta cantidad de orina, una vez terminada la micción, la que unida al producto de secreción de las glándulas uretrales, cuya salida está imposibilitada lo mismo que la de la orina, contribuye a que las lesiones se extiendan a sostener la uretritis crónica y a la formación de un exudado, que viene a ser

la remisión de la secreción glandular de los productos inflamatorios y de la orina, formando todo esto un flujo sero purulento poco abundante que sale a gotas y que, como ya dije, hace creer a los enfermos, cuando las molestias son poco intensas, en la existencia de la blenorragia, la gota militar, o la espermatorrea.

Orina. - Las alteraciones son distintas, según la mayor o menor extensión en que se halla afectado el aparato urinario; en general siempre contiene algunos productos anormales y más las primeras gotas; proceden estos productos de las secreciones glandulares, de la orina alterada detenida en el conducto uretral y de los productos inflamatorios

variando estos productos si las lesiones se comunican a la vejiga, ureteres y riñones.

Exámen directo de la uretra. - No puede negarse que los antecedentes del enfermo y el interrogatorio, son de gran importancia, pero nada lo es tanto, como la exploración de la uretra; esta puede ser externa, interna y mixta.

Mediante la exploración externa y por medio del tacto, puede comprobarse, cuando la estrechez está adelantada, cierta rigidez o dureza del canal, algunas veces induraciones periuretrales; y si el grado de estrechez es avanzado puede percibirse la bastante bien.

De muchísima más importancia son, sin

comparación los datos suministrados por la exploración interna, para lo que se han empleado distintos instrumentos, siendo todos abandonados a no ser el endoscopio y el explorador olivá. El endoscopio es muy útil, puesto que con él, no solo llega a esclarecerse el diagnóstico, sino que se puede reconocer la estrechez en sus principios y las alteraciones enumeradas al estudiar las lesiones macroscópicas; con él puede seguirse el resultado de las intervenciones quirúrgicas y sirve como ayuda para introducir una sonda delgada, cuando no puede pasar ella de por sí. Sin embargo, es más empleado y de más importancia el explorador olivá, y en aquellos casos en que el orificio de la estrechez es muy pequeño, se apela a los bujías finas en forma

de bayoneta y de espiral

Después de haber observado todas las reglas de cateterismo, se empieza por introducir el explorador olivar con suma lentitud y suavemente, poniendo toda la atención posible para no confundir las sensaciones percibidas con las normales y al encontrarse con alguna anormal, no continuar, sino que debe retrocederse, puesto que es más segura la sensación de retroceso, por ser más clara. Aunque se recomienda empezar por un número bajo, más conveniente es un término medio, porque en las estrecheces blenorragicas, como ya queda dicho, lo más frecuente es que sea más de una y puede suceder muy bien que el explorador pare por una estrechez de mayor cali-

bre sin percibirla, fijando nuestra atención en la que encontramos por primera vez. Cuando por los síntomas suponemos que la estrechez es anómala, debemos empezar por el explorador n.º 23 ó 24, pero de todos modos, siempre debe de empezarse por uno de los mayores. Al hacer la exploración, encontraremos algunos enfermos que por ser algo nerviosos, ó por ser mayor la condensación de las fibras circulares esparcidas a lo largo de la vaina del cuerpo esponjoso y en el ángulo peneo escrotal, se nota una sensación parecida, aunque no tan marcada, a la que se observa al nivel del esfínter membranoso que es necesario tener presente para no confundirla con una estrechez.

Por medio de la exploración interna, apreciamos la flexibilidad del canal, el número de estrecheces, longitud, algunas veces la forma, el orificio, el trayecto, el grado y el acento. Si la estrechez es de un grado avanzado, como el explorador olivar no puede pasar el orificio, solo sabemos el acento; en este caso hay que valerse de las bujías en forma de bayoneta o si no, de las feliformes; pero hay casos en que ni con las bujías se consigue, por ser muy estrecho el orificio, por existir alguna brida, o por ocupar una posición muy excéntrica. Para vencer estas dificultades, se aconseja dar una inyección de aceite esterilizado en el conducto, que se introduce bajo presión y luego se cierra el meato introduciendo al mismo tiempo una bu-

jía de las más finas, como el líquido detiene la uretra
 favorece el deslizamiento de las bujías. Los defensores de este me-
 dio de exploración, Reybard y Duchstelet, inventaron un
 aparato para facilitar la introducción de la bujía e impedir
 la salida del líquido. Se emplea en otros casos, el cateteris-
 mo en manojo, esto es, colocar varias bujías filiformes en
 la uretra e imprimirle ligeros movimientos para que en uno
 de ellos, ver si se consigue que una de las bujías se introduzca
 en el orificio. Tanto un medio como el otro, nada práctico
 resultan y si alguna vez se consigue la introducción, no por eso
 llega a franquearse la estrechez; en este caso hay que dejarla
 colocada por algún tiempo y de vez en cuando moverla algo, y con

esta ayuda se va haciendo camino poco a poco y podrá lograrse pasar.

Hay veces, que por ningun medio se puede pasar la bujía: en este caso, si no es imprescindible dar salida a la orina, vale más ir con calma y repetir las maniobras varios dias hasta que llegue a vencerse la estrechez; despues de vencida nunca debe de sacarse la bujía, por que á veces sucede, que no puede reintroducirse para poder continuar la exploracion; debe por lo tanto dejarse permanente.

Meas preciosos, son los datos recogidos por la exploracion mixta; es decir, a la vez la externa y la interna, puesto que la extremidad olivar de la bujía se percibe por el tacto.

giones y darle el nombre del punto que ocupa

Síntomas generales. - La auto-intoxicación que va minando a los enfermos afecta de estrechez cuando es mucho su grado, en algunos, produce una serie de síntomas que a simple vista, parece que no tienen relación con la afección: son estos anorexia, inapetencia, digestiones laboriosas, diarrea abundante y constante, vómitos repetidos, pesadez de estómago, desarrollo de gases, somnolencia, cefalalgia rebelde y en una palabra, el cuadro sintomatológico de la dispepsia. Este estado desaparece cuando vuelve a normalizarse el curso de la orina, probando que la falta de eliminación completa de la misma, hace que esta se reabsorba

giones y darle el nombre del punto que ocupa

Sintomas generales. - La auto-intoxicación que va minando a los enfermos afecta de estrechar cuando es mucho su grado, en algunos, produce una serie de síntomas que a simple vista, parece que no tienen relación con la afección: son estos anorexia, inapetencia, digestiones laboriosas, diarrea abundante y constante, vómitos repetidos, pesadez de estómago, desarrollo de gases, somolencia, cefalalgia rebelde y en una palabra, el cuadro sintomatológico de la dispepsia. Este estado desaparece cuando vuelve a normalizarse el curso de la orina, probando que la falta de eliminación completa de la misma, hace que esta se reabsorba

y que la causa no es más que la estrechez por impedir su salida.

Para que la exploración sea completa, no debe dejarse de reconocer todo el aparato genito-urinario, explorando la vejiga por medio de la palpación hipogástrica y el tacto rectal, para saber poco más o menos la cantidad de líquido contenido. También por el tacto rectal, se examina el estado de la próstata, pasando a la observación de los testículos, el periné, ureteres y pioneses.

Complicaciones.

Haré un breve resumen de las complicaciones que pueden sobrevenir a los enfermos de estrechez, pues, de lo contrario, me apartaría del fin de mi trabajo, emprendiendo otro mucho más extenso, puesto que, solo algunos de sus puntos bien merecen la extensión de una memoria, recabando sitio en esta parte de mi tesis solamente para enumerarlas y para el modo de desarrollo de algunas más importantes.

Es un hecho sabido de todos, que en estado normal, existen en la uretra varias especies de microbios patógenos que pueden producir diversas infecciones perimuretrales, pero que

permanecen inofensivos mientras están indemnes los tejidos uretrales, siendo necesaria una alteración más o menos grande de estos, para que dichos microbios desplieguen su virulencia.

En la uretra patológica y máxime tratándose de casos de estrecheces de origen blenorragico y a la par de lesiones muy adelantadas, es grande y variado el número de microbios patógenos, siendo los más frecuentes, el gonococo, el colibacilo, el estafilococos, el estreptococo piógeno y el próteus.

Estos microbios pueden ser arrastrados por la orina procedentes del riñon y vejiga, o ser llevados del exterior por cualquiera de los medios empleados en las maniobras intrauretrales o por los líquidos de las inyecciones o existir ya

en la uretra.

Volviendo sobre lo dicho anteriormente repetiré, que mientras permanezcan íntegros los tejidos, aún existiendo estos microbios, serán inofensivos a no ser que su virulencia esté muy aumentada, pero, habiendo una alteración más o menos grande, como esto favorece el paso de los micro-organismos al través de las paredes uretrales queda un camino abierto para sufrir cualquiera de las complicaciones infecciosas si que están expuestos los afectos de estrechez.

Tratándose de la estrechez blenorragica, claro está que la causa del tránsito de los microbios a los tejidos uretrales es casi siempre inflamatoria, pero, también puede

deber su origen a la destrucción de los tejidos y a los traumatismos.

Segun estos modos de origen, la infección puede verificarse atravesando la mucosa los micro-organismos, a través de las soluciones de continuidad o penetrando primariamente en las glándulas y ocasionando su inflamación, pasar secundariamente por sus paredes o bien por los capilares sanguíneos. La intensidad de su acción, varia con la virulencia, naturaleza y cantidad de microorganismos, con el estado de las lesiones, con el papel mecánico e infeccioso de la orina, con la intensidad de la acción traumática y por último citaré la aglomeración de los exudados patológicos y restos de secreción glandular.

y epitelio deprimido en la cavidad que se forma por detrás de la estrechez, como causa constante de irritación.

Por delante de la estrechez, las complicaciones se reducen a la inflamación crónica producida por blenorragia y si alguna vez se presentan otras alteraciones, casi siempre son propagación de las producidas por detrás de la estrechez.

Al nivel de la estrechez los fenómenos inflamatorios que se presentan son distintos, según sea atacada con más intensidad el tejido de la estrechez, la periferia externa o las capas más superficiales. Si lo atacado es el mismo tejido de la estrechez, se exagera el proceso constrictor; si la periferia

externa, toma mayor extensión la neoformación conjuntiva indurada y por consiguiente la estrechez; y si son las capas más superficiales, es que persisten las lesiones de la uretritis crónica.

Por detrás de la estrechez, las complicaciones que primero se presentan son las inflamaciones glandulares y foliculares que con el tiempo se van dilatando, formando fondos de saco de desigual configuración.

En los tejidos peri-uretrales, frecuentemente se origina el absceso urinario que puede ser agudo o crónico y el flemón urinario difuso. Muchos autores estudian el flemón urinario difuso con el nombre de infiltración de orina y otros lo comprenden separadamente. En realidad puede producirse la infiltración de orina,

pero además de ser rarísima, tampoco se presentan las infiltraciones con ese cuadro clínico tan marcado como lo describen sus partidarios. Se han hecho observaciones en casos de los más típicos de la infiltración y aún en ellos el análisis químico comprobó la pequeña cantidad de orina que contenía, siendo casi todo, serosidad y pus. Repito, puede presentarse la infiltración de orina, pero generalmente, es el flemón difuso de origen urinario.

La inflamación puede propagarse a la próstata, constituyéndose la prostatitis aguda, que a veces pasa a ser crónica y lo mismo el testículo y sus cubiertas y en una palabra a todo el aparato genital, siendo lo más frecuente la epididimitis, la orquitis y la deferentitis.

Algunas veces, aunque muy contadas, la inflamación se propaga a los linfáticos y ganglios inguinales.

Los micro-organismos procedentes de la uretra, con facilidad pasan a la vejiga y como por las retenciones incompletas o completas de la orina, se favorece el desarrollo de los micro-organismos, de aquí que sea tan frecuente la cistitis. De la vejiga puede propagarse y se propaga algunas veces la infección a las ureteres, produciéndose la ureteritis; y de los ureteres a los riñones, pudiendo llegar a constituirse la infección renal, en cuyo caso la infección es ascendente, pero también se verifica por la vía descendente o hematogena. Cuanto mayor sea la retención de orina

con tanta más facilidad se origina la ureteritis e infección renal por ser mejores las condiciones para el ascenso de los microbios e inclusive en la pelvis renal, es más propio el terreno para que se encuentre en condiciones anormales la orina.

Otra de las complicaciones es la infección general que no deja de ser frecuente, pudiendo ser más o menos aguda pero, que cede con facilidad a la medicación antitérmica. Con frecuencia al practicar las maniobras intra urebrales aun siendo bien hechas y sin haber producido ningún traumatismo, se presentan fenómenos febriles, en algunos casos graves, por más que en la generalidad no lo son, y dejando en reposo la uretra, suelen ceder al mismo día o al siguiente.

Si se tiene la precaución de lavar la uretra antes y después cualquiera de las maniobras intrauretrales, se evitan muchas veces los fenómenos febriles, lo que demuestra que son producidos por los microorganismos contenidos en el canal.

También puede presentarse la uremia e inclusive la caquexia urinosa, aunque en contados casos.

En la uretra pueden presentarse otras complicaciones como son: tumores urinarios, fístulas, siendo las más frecuentes las uretro-cutáneas, úlceras, cálculos, roturas de la uretra, en general muy raras y otras de menor importancia.

La dilatación que empiezo por detrás del punto estrechado, no se limita a una parte determinada

de la uretra, sino que por veces se extiende y comprende toda la parte situada por detrás de la estrechez incluyendo el esfínter vesical, pudiendo afectar esta distensión a la vejiga, uréteres y pelvis renales.

Antes de sufrir esta distensión la vejiga para vencer el esfuerzo que tiene que hacer se hipertrofia, afectando primeramente la hipertrofia a la túnica muscular, que es la túnica que en general lo está; pero también puede interesar el tejido conjuntivo y la misma túnica.

Puede presentarse, principalmente en la vejiga, la formación de cálculos y hoy autores que admiten como complicación de la estrechez, la rotura de la vejiga.

Cuando son muchos los esfuerzos que es necesario hacer para conseguir expulsar la orina y sobre todo, los continuados por largo tiempo, cuando como último recurso se apela á los medios enumerados en otra parte de este trabajo para poder orinar, la profunda inspiración que se hace obliga á descender el diafragma, que se mantiene así por la occlusión de la laringe, claro está, la cavidad abdominal disminuye; los enfermos para ayudarse más, llevan las manos al vientre ayudando á la contracción de sus paredes y de este modo la presión de las vísceras se trasmite á la vejiga y ayuda al esfuerzo que ella de por sí hace para poder evacuar la orina.

Como consecuencia de este esfuerzo resulta, que a las complicaciones propias de la estrechez pueden agregarse otras, como son: prolapso retal, hernias de cualquier clase e hidrocele. Como el esfuerzo no conviene que la sangre refluya con facilidad por las venas cavas, de aquí que tambien se presentan varices de las venas hemorroidales.

— Diagnóstico. —

Cuando la estrechez es de un grado muy acentuado solamente con los antecedentes suministrados por el enfermo y el interrogatorio puede anticiparse con bastante seguridad.

dad el diagnóstico, por que el cuadro sintomático que presentan entonces las estrecheces, es relativamente completo y máxime teniendo por antecedente el haber padecido blenorragia.

Sin embargo, nada tan importante, nada con tantas seguridades y en suma nada tan decisivo, como la exploración interna y externa de la uretra, con lo que no solo se demuestra la existencia de la estrechez, sino su asiento, grado, forma, extensión, número, etc.

Por no corresponderme de una manera directa, no me pararé a describir los instrumentos empleados para las maniobras intra uretrales y el modo de practicar la exploración, pero es por ende preciso de hacer memoria de lo muy necesario

que es el empleo de la más escrupulosa antisepsia y asepsia y el que la exploración se haga con mucha suavidad, fijándose al llegar al obstáculo, en las condiciones de entrada y en especial en las de retroceso, no echando en olvido que los síntomas más característicos suministrados por medio del explorador en las estrecheces, son primeramente un obstáculo más o menos grande y progresivo, que en un punto es mayor al paso del explorador, pero que en general es de longitud de uno á dos centímetros y ensanchamiento progresivo; siendo lo más frecuente que no exista dolor y á existir sea poco. Entre los exploradores, el mejor es el olivar y de estos el flexible; sin embargo, es necesario tener los metálicos, por ser útiles algunas veces, sobre todo, para

establecer el diagnóstico en los espasmos de la región membranosa; y a veces hay que apelar a la uretoscopia que no deja de tener bastante importancia en algunos casos y en ocasiones se hace necesario el examen microscópico. En ciertos enfermos muy sensibles, para evitar el dolor y los espasmos, se recurre a introducir, bajo presión, en la uretra una solución de dos o tres gramos de eucaina o cocaína al 2%: si se emplea la cocaína debe dejarse transcurrir algún tiempo para hacer la exploración; si no se quiere emplear bajo presión, puede hacerse la inyección dándole esta en la uretra anterior o al nivel del bulbo.

Así como en ciertos casos, si solo nos limitamos a recoger los síntomas suministrados por los antecedentes y el interroga-

torio (y, máxime en las estrecheces amplias) el diagnóstico se hace difícil y algunas veces casi imposible, por el contrario, después de haber hecho la exploración interna y externa de la uretra con todo el detenimiento posible, no dire' siempre, pero si casi siempre se llega al diagnóstico, y son rarísimos los casos que resulta incierto.

La duda puede presentarse, en casos de polipos, fibromas, condilomas, papilomas, lesiones cancerosas y tuberculosas, compresiones exteriores que reduzcan el calibre de la uretra, cuerpos extraños, hipertrofia prostatica y espasmos de la porción membranosa.

Tanto los polipos, condilomas, papilomas, leio-

nes tuberculosas y cancerosas, como las compresiones exteriores y cuerpos extraños, sino que es suficiente la exploración, desaparecerá toda duda con el examen, los antecedentes y curso de sus síntomas; pero si queremos mayor seguridad, nos la da la uretroscopia. Haciéndonos ver que las lesiones y alteraciones de la mucosa no son iguales a las de la estrechez; como último y más eficaz recurso nos valdremos de otro medio, que es el examen microscópico, con lo que no quedará lugar a la menor vacilación.

También resulta fácil el diagnóstico diferencial con la hipertrofia prostatica: prescindiendo de la anamnesis que es distinta, mayor frecuencia en los deseos de orinar y más cortos por consiguiente los intervalos de las micciones, por las

noches en cama, en la hipertrofia prostatica el punto más reducido empieza despues de la porcion membranosa; mientras que en la estrechez, a no ser una rara vez, no pasa del principio de la porcion membranosa, pudiendo por lo tanto, percibirse mediante la exploracion mixta la estrechez por el perineo; mientras que en la hipertrofia hay que recurrir al tacto rectal y para terminar, los datos suministrados por la exploracion son diferentes y asi se nota que el explorador pasa por la region esponjosa y membranosa, que es en donde aumentan los estrecheces, sin encontrar ninguna dificultad, mientras que la hipertrofia en la region prostatica: el obstáculo que lo aprisiona es por igual y la sensacion percibida es como si se desliza a

por un tubo estrecho de caoutchou y como estos otros más, con lo que la hipertrofia prostática se distingue perfectamente de la estrechez; y si a esto añadimos las sensaciones recogidas por el tacto rectal, por lo muy importantes y concluyentes que son quedará desvanecida nuestra duda.

Dejando a un lado el diagnóstico, de si es el espasmo como complicación de la estrechez, o es únicamente un espasmo el que origina la detención del explorador puesto que, en general toda vacilación se esclarece después de la exploración, pasará a indicar unos cuantos caracteres diferenciales de la estrechez y el espasmo.

Sabido es que para percibir la estrechez

no es preciso recurrir al tacto ~~rectal~~ ^{anal} sino que se nota por el
el periné; en el espasmo, lo mismo que en la hipertrofia
prostática hay que valerse del tacto rectal: el espasmo
suele presentarse en las personas nerviosas y es en las que
hay que presurarlo, en los que el paso del explorador por
la uretra, especialmente en la parte correspondiente al
vulvo, excita la sensibilidad ocasionando dolor más
ó menos vivo: tambien, como en la hipertrofia prostática
no es más que un punto estrechado y en la estrechez ble-
norragica suele ser más de uno. En el espasmo al retirar
el explorador, y por supuesto, despues de haber conseguido
vencerlo, no hay sensacion ninguna en el retroceso y en la

estrechez aún es más perceptible, carácter de mucho valor cuando sea única la estrechez: dejando pasar algún tiempo y mejor aún si se emplean las instalaciones de eucaina o cocaína, cede el espasmo y no pocas veces sin recurrir a las instalaciones, se vence con bujías algo pesadas y metálicas siendo las de más utilidad las de Beniqué; aún cuando resisten al explorador flexible.

No terminaré sin hacer memoria, de un cuidado especial que debe tenerse para no sufrir un error, creyendo se trata de una estrechez, al percibir la sensación que da el explorador al llegar al ángulo peneo-escrotal: harto es sabido el medio de vencerlo, y aunque la sensación tiene

algo de parecido, se diferencia en que la detención es brusca sin ser marcada como en la estrechez, no existe sensación de rechazamiento ni las de retroceso y si esta se percibe es muy insignificante.

Marcha.

Las estrecheces blenorragicas en general se desarrollan con suma lentitud, citandose casos que pasaban de veinticinco, veintiocho y treinta años sin ser percibidas. Se encuentran casos en individuos de edad avanzada que con ser la estrechez extensa e intensa permanecen con sin-

tomos poco progresivos y no ocasionan grandes molestias. El Dr. Bron, va mas allá y dice, que los que padecen estrechez al llegar a una edad avanzada, se ven libres de toda molestia por desaparecer la enfermedad; y para probarlo cita cuatro casos y establece su teoría: indudablemente es muy ingeniosa, pero nada demuestra y la práctica hace ver, que no por llegar a una edad avanzada desaparece la estrechez: lo que sucede es que algunas veces los síntomas no progresan tanto, pero tampoco esto es general.

Frecuentemente se encuentran enfermos que pasan seis y hasta mas años sintiendo determina

das molestias, que aumentan muy lentamente, sin dejar de serles compatibles todas las necesidades de la vida y sin que tengan que privarse de nada de lo que de antano venian haciendo, y asi continuar bastantes años. En otros, las alteraciones que produce la estrechez, solo afectan a una parte periferica de la uretra, muy limitadas por decirlo asi, insignificantes, y no sufren exacerbacion, siendo muy pequenas las molestias que las acompañan.

Lo más general es, que las lesiones y molestias vayan en aumento, aunque si muy lentamente, a no ser los casos que no se observa buen régimen, haya

una segunda blenorragia, etc, todo lo que provoca el aceleramiento de las lesiones y por consiguiente de las molestias. En algunos, aunque raros casos, puede la estrecher desarrollarse con exagerada rapididad

Pronóstico.

La estrecher blenorragica, siempre es una afeccion grave, pero, su gravedad varia segun el tiempo de que date, el grado, extension, numero, forma y asiento, pudiendo establecerse como regla general, que la gravedad esta en relacion con el tiempo transcu-

rido entre el comienzo de la estrechez y el momento en que el enfermo se presenta al médico y es sometido al tratamiento; y además la gravedad varía con la edad, condiciones, y estado del individuo y con la clase de complicaciones, si es que existen, puesto que algunas son ser graves, por ejemplo: las cistitis, los abscesos, las fistulas y otras, pueden corregirse; pero hay otras como la pielonefritis, hidronefrosis y en general todas las complicaciones renales, que se hace cuando no imposible y difícilísima su curación.

Aun en los casos benignos, es relativamente grave el pronóstico, porque aun que puede conseguirse

la amplitud normal del conducto uretral y por lo tanto la curación en el sentido clínico, en el anatómico jamás se consigue y además tiende constantemente a la recidiva, siendo necesario para evitarla, continuar el tratamiento casi toda la vida; y en último caso, no deja de ser una cicatriz en sitio tan delicado, si más de no estar el tratamiento exento de peligros.

No por eso en todos los casos vamos a hacer un pronóstico tan desfavorable como podría deducirse de lo antes dicho: cuanto más pronto se presente el enfermo al médico, mayores serán las probabilidades de curación; y en todos aquellos casos que por haber tenido la muerte

de haber acudido en los comienzos de la afección, lo que suele pasar en los individuos muy prevenidos o por decirlo así tímidos, que a la cosa más insignificante van a consultarse resultando ser los principios de una estrechez lo que a mi parecer no es más que la aparición de la hemorragia anterior u otra nueva, se obtiene la curación; pero ni están libres, ni deben dejar de hacerlo, para no exponerse a la recidiva, de continuar el tratamiento, que en estos casos es la dilatación durante intervalos más o menos largos.

Ahora bien; hay casos que por la naturaleza de la estrechez o de las complicaciones que se presen-

tan, son gravísimos e' inerrables e' inclusive ocasionan la muerte, correspondiendo la mitad de los casos a las complicaciones renales.

Tratamiento.

Como quiera que la estrechez uretral desde que se inicia, tiende constantemente a' progresar y a' ser complicada con estados en su mayoría graves, siendo imposible obtener la curación completa, todo tratamiento debe dirigirse a' recalibrar el conducto uretral estrechado, sosteniendo dicha calibración una vez obtenida y evitar todas

las complicaciones y molestias al enfermo; en una palabra, obtener con la mayor rapidez y menos peligro la curación en el sentido clínico ya que en el anatómico es imposible.

Siendo posible, en todos los casos que existan complicaciones, al tratamiento local debe preceder el general; esto es, un tratamiento preparatorio, combatiendo los estados febriles, los inflamatorios locales, regularizar las funciones de los riñones e intestinos, etc. Se recomienda el decúbito horizontal, los baños locales y generales y pomadas resolutivas. En los casos que el estado de la estrechez no permita demora en su tratamiento

deben de asociarse los dos tratamientos.

El uso de medicamentos internos, como tratamiento de estrechez, en absoluto debemos de prescindir de él, puesto que el mejor resultado que con él se obtiene es, perder tiempo y dar lugar a que la estrechez progresel.

Entre los medios de tratamiento local, tenemos la canterización, la dilatación, la sección de la estrechez que puede ser de adentro a fuera (uretrotonnía interna) o de fuera a dentro (uretrotonnía externa), la resección y la electrolisis.

Cauterización. - Desde el método primitivo, que usa el ungüento compuesto de oropimente, vitriolo de cobre, alumbre de roca y aceite rosado; hasta el empleo de la potasa cáustica y el nitrato de plata fundido, con el objeto de destruir las supuestas carnosidades y en relación con las diferentes ideas sobre la estrechez y el perfeccionamiento de los métodos terapéuticos, está la diversidad de estos; y entre otros citaré: la cauterización de adelante atrás según el procedimiento de Everard Home y el de Hunter; la lateral, seguido por Lallemand, Ducamp y Whatley; y la de atrás a delante debido a Leroyd Etiolles, todos los cuales, gracias a los

adelantos de la ciencia, han sido abandonados, siendo la única importancia de la cauterización, la histórica, por lo que no nos ocuparemos de ella.

Dilatación. - Puede ser brusca o lenta.

La brusca, comprende la dilatación mecánica y la división, diferenciándose la una de la otra, en que la segunda es más intensa en sus efectos; pues, mientras que la primera distiende de un modo rápido la estrechez, la segunda lo hace dilacerando y rompiendo el tejido que la forma.

Tanto la una como la otra, aunque en determinados casos no deja de tener alguna importancia

debe de abandonarselas por lo expuesto que resultase
su uso, pues, predispone a complicaciones que, a no
ser más, pueden ser tan graves como la misma estrechez.

Una vez que su importancia está limitada, no haré más que enumerar sus distintos métodos
y entre otros tenemos, para la dilatación mecánica,
la dilatación rápida con o sin conductor; la dilatación
forrada y el cateterismo forrado; y para la división
los de Horteloup, de Hunter, Dieulafoy, Diettel,
Charrière, Moreau, Wale, Segalas, Holtz, Ducamp,
Vollemier, Coradi y Maller.

Todos estos procedimientos, aunque con dis-

tinto instrumental, se fundan en un mismo principio, que consiste en que el dilatador, despues de introducido convenientemente en el conducto uretral y valiendose de cualquier mecanismo, aumente su calibre en un momento dado.

Dilatación lenta. - Puede ser temporal ó permanente.

Antes de describirlos, una vez más repetiré que, para llevar á cabo tanto la dilatación, como cualquier otra de las intervenciones, es preciso desinfectar previamente, no solo las manos instrumental y todo lo que ha de ponerse directa e indirectamente en contacto

con el campo operatorio, sino tambien la uretra y siempre que se pueda, la vejiga antes y despues de toda maniobra instrumental. Como liquidos desinfectantes, se usan el acido bórico, el permanganato potásico, el oxicianuro de mercurio y otros: el nitrato de plata, sobre todo existiendo uretritis, empleando soluciones no muy concentradas, tiene muchos partidarios por que dicen ser el que mas previene los accidentes infecciosos. Si la estrechez es de un grado tan avanzado que no permite el paso del dilatador n.º 1 podemos valernos de los medios ya indicados al estudiar los síntomas suministrados por la exploracion interna, pudiendo poner en practica otros varios, como pr. ef.

el siguiente: dando una irrigación de una solución anti-septica colocando el irrigador a metro y medio o dos de altura, se introduce por entre la cánula y el meato la candelilla filiforme, se aprovecha la distensión que este lavado produce para hacer pasar la candelilla y si no se consigue en la primera tentativa, se harán varios ensayos en sesiones repetidas durante algunos días y así se logrará colocar la candelilla. Recordaré otros medios empleados con el mismo objeto, como la presión hidráulica, los procedimientos de Arnussat, Fournier, Soemering, Thompson, Moulin, Birminghamhausen, el hidroaéreo de Duchastellet y otros.

En estos casos, despues de haber conseguido pasar la bujía, se dejará aplicada de tal manera que su extremidad llegue al cuello vesical pero sobresaliendo poco de él, durante cuarenta y ocho horas, al cabo de las que será substituido por otra algo más voluminosa. Con objeto de que sean mejor toleradas, así como para asegurar la antiseptia, deben hacerse dos o tres veces al día, lavados con agua boricada al 4%.

Al retirar las candelillas, la uretra se ha ensanchado considerablemente, pues la presencia de las bujías en la estrechez, determina en esta una reacción que lleva consigo el ensanchamiento de la parte estrechada.

Una vez ensanchada algo la uretra o cuando de antemano presentaba el calibre suficiente, se presenta la necesidad de usar los dilatadores. De ordinario se usan al principio las bujías de goma y despues las metálicas: de las primeras las más empleadas son las de Charrière cuya graduación es de un tercio de milimetro, siendo el grosor de la n.º 1 de un tercio de milimetro; la del n.º 2 de dos tercios y la del tres de un milimetro y así va aumentando un tercio cada una; deben ser cóncavas en su extremidad verical y algo abultadas para evitar que determinen falsas vias; han de ser además flexibles y lisas en toda su extensión. De las metálicas son de uso corriente

las de Deniqué y de estas las modificadas por Guyon¹ que tienen una rosca en su extremidad venial para adaptarles una bujía filiforme conductora, la que previamente se introduce en la uretra, siendo así más fácil hacer pasar la bujía y evitar falsas vías: la escala de estas bujías es de un sexto de milímetro, de manera que, pr. ej. el n.º 10 de Charrière corresponde al n.º 20 de Deniqué. El radio de la curva de estas bujías es de seis centímetros y el diámetro igual en toda su longitud si no ser en la extremidad que es cónica.

De todos los medios de dilatación el más importante es la dilatación lenta practicada de una manera

progresiva, debiendo hacerlo segun los consejos de Guyon, para que el cateter determine al nivel de la estrechez una reaccion que lleva consigo el reblandecimiento inmediato de las paredes de la uretra, contribuyendo a que se conserve la dilatacion adquirida.

Despues de haber hecho la exploracion intra uretral y conocer el calibre de la estrechez, se elije el dilatador por el que se ha de dar comienzo, debiendo ser el que pase con mas lentitud, pero sin forzar nada: se introduciran con suavidad, no dejandolos colocados mas de dos o tres minutos. En general se empieza con los dilatadores blandos hasta el numero 22 o 24 y despues se con

tuña con los metálicos. Las sesiones de dilatación se practicarán cada cuarenta y ocho horas, habiendo antes lavado la uretra con el mayor cuidado posible, valiéndose para ello de cualquiera de las soluciones antisepticas anteriormente indicadas; se hacen pasar cada sesión tres bujías si se usan las blandas de Charrière y seis si las de Beniqué, cuidando siempre de empezar en cada sesión por el último número de la anterior en las de Charrière y por los dos últimos en las de Beniqué, de suerte que en realidad, solo vienen a aumentarse en cada sesión dos números empleando las de Charrière y cuatro si las de Beniqué. Si fuese difícil hacer pasar algún dilata-

do, deberían volverse á usar los del día anterior, no insistiendo en los de mayor calibre hasta la sesión siguiente.

De esta manera debe continuarse la dilatación hasta que pase con facilidad el n.º 60 de Benique, pues, si antes se suspenden las sesiones, es muy de temer la recidiva. Si no es posible llegar á dicho número, ya por que la estrechez fuere demasiado dura ó por que el enfermo exprese mucho sufrimiento, es necesario practicar la uretrotomía interna, como complemento de la dilatación.

No basta para dar por curado al enfermo que llegue á pasar el dilatador n.º 60, es necesario

cerciorarse que no existan bridas a lo largo del canal, procurar que desaparezca la uretritis, si todavía existe y hacer que la uretra recobre la mayor flexibilidad posible. En efecto, aun existiendo bridas o repliegues, si usamos una biya de superficie igual y de calibre uniforme en toda su longitud, puede pasar aplastando las bridas; y aun en el caso de que la estrechez no ocupetoda la circunferencia del conducto, podria pasar distendiendo la parte sana de la pared y sin modificar la parte indurada. Pero, si empleamos un explorador olivar de grueso calibre, en el sitio en que exista la brida se apreciara un salto brusco, lo que nos obligara al uso de las biyas du-

ronte algunas sesiones; si apesar de todo, las bridas no desaparecen, estará indicada la uretrotomía para evitar que se reproduzca la estrechez. También será necesario curar la uretritis si aún existe, para evitar su exacerbación, la formación de nuevas estrecheces o la reproducción de la existente.

Después de haber conseguido la dilatación deseada, no debe abandonarse del todo el tratamiento, sino que, una vez por lo menos al mes, deben pasarse las bujías cónicas más gruesas; al cabo de medio año, un mes si y otro no; en adelante una vez cada tres meses, teniendo en cuenta que hay que volver al tratamiento

gradual, si en alguna de estas sesiones no pasare un cateter que en las anteriores lo hacia sin dificultad.

La dilatacion lenta permanente se diferencia de la anterior, porque en cada sesion solo se emplea un dilatador que queda varios dias en el conducto uretral, debiendo emplearse aquel que se introduzca sin gran frotamiento por que si es mucho mayor que el calibre de la estrechez, ocasiona dolores.

Como medio terapeutico no suele emplearse sino ser en aquellos casos que sobrevienen ciertas complicaciones como pr. ej. una inflamacion del conducto acompañada de infarto de los epididimos como propagacion

de la inflamación posterior provocada por la biyá. Ahora bien, como medio de preparación para la dilatación progresiva, no deja de ser muy importante, sobre todo, cuando la estrechez es muy reducida; en estos casos después de haber conseguido pasar la biyá, se la deja permanente y si es necesario se coloca otro dilatador mayor hasta que el calibre de la estrechez convierta el paso del dilatador n.º 11 y entonces se reemplaza por la dilatación lenta progresiva.

Varios accidentes pueden presentarse durante el curso de las sesiones de dilatación, unos causados por falta de asepsia conveniente y otros, por maniobras torpes o violencias exageradas; las primeras son, como se compren-

de, las infecciosas; y las segundas, falsas vías, hemorragias o retención de la orina.

Las infecciosas que durante el curso de la dilatación pueden presentarse, son de carácter general y local.

Mientras se practica la dilatación, debe de tomarse diariamente la temperatura del enfermo y suspender temporalmente las cirías si aparece reacción febril y no volver a insertar hasta que haya desaparecido la fiebre.

No es frecuente que haya esta infección general si se tiene cuidado de hacer antes y después de la dilatación lavados uretrales y vesicales con una solución anti

septica: ni apesar de todas las precauciones se repite la infeccion, a cada tentativa de dilatacion, estara indicada la uretrotomia.

De las infecciones de caracter local, la mas frecuente es la orquitis, aunque tambien se presentan muchas veces prostatitis y abscessos peri uretrales, complicaciones todas que deben y pueden evitarse si se tienen las precauciones de asepsia ya indicada; pero si se presentaren hay que suspender las sesiones de dilatacion, hasta que hayan desaparecido.

De los accidentes ocasionados por maniobras bruscas, ya indiqué como mas frecuentes las hemorragias.

las falsas vias y la retencion de orina.

La hemorragia se colube de ordinario con la compresion exterior y si no cede, o ademas se llega a él comprobar que se practico una falsa via y el enfermo presenta accidentes generales algo alarmantes, hay que recurrir a la uretrotomia externa. La retencion de orina solo me le presentarse cuando se pasaron cateteres demasiado gruesos empleando para ello mucha fuerza: se combaten con cataplasmas y la administracion de opio al interior; si apesar de esto, persiste la retencion, se practicara el cateterismo con una sonda fina.

Indicaciones y contraindicaciones de la dilatación.

Como método de curación, la dilatación es el más generalmente aceptado para el tratamiento de las estrecheces uretrales y por ella se empieza en algunos casos que no se elije como proceder operatorio principal y de otras intervenciones, es complemento necesario; de suerte que las indicaciones de la dilatación como método de tratamiento de las estrecheces, no pueden ser más extensas. Sin embargo, hay ocasiones en que no es posible usar la dilatación como método exclusivo, por ser necesario otro más enérgico y más rápido o por ser impracticable.

Cuando se presentan infecciones más o menos graves, como está contraindicada la dilatación, es menester recurrir a una operación cruenta, pues, la lentitud de aquel procedimiento y las erosiones que produce, pueden ser punto de partida de nuevas infecciones que vengan a agravar la ya existente: lo mismo ocurre si las infecciones son localizadas, por que por la dilatación pueden agravarse y dar origen a infecciones generales.

También constituye contraindicación de la dilatación la retención de orina, pues, si bien puede combatirse muchas veces por alguno de los medios dichos o aplicar de una manera permanente una buja filiforme

y conseguir lo deseado; en otras ocasiones continúa la retención aunque incompleta, dando origen con frecuencia á fenómenos febriles y á otras complicaciones que pueden tomar carácter grave y á fin de evitarlas, es necesario abandonar este procedimiento. Estará también contraindicada la dilatación, cuando determine dolores intensos ó hemorragias grandes aun evitando toda maniobra bruta.

Por último, no puede recurrirse á la dilatación cuando la estrechez no sea dilatable: como tales han de considerarse, no solo las estrecheces en las que no es posible hacer pasar una candelilla, sino también aquellas en las que no se consigue pasar el n.º 60 de Beniqué, pues de lo contrario

pronto volverá la estrechez a su calibre primitivo

Uretrotomía.- En los casos que acabamos de indicar que no es posible practicar la dilatación, podemos recurrir a la incisión de la uretra en su parte estrechada, incisión que se puede hacer de adentro a fuera (uretrotomía interna) o de fuera adentro (uretrotomía externa)

Tanto una como otra, tienen sus precisas indicaciones, así como diversos procedimientos operatorios para llevarlas a cabo, pero para evitar resulte el tema demasiado largo, me limitaré exclusivamente a reseñar de una manera sucinta, los que me han parecido más aceptables

Uretrotomía interna.- Puede practicarse de delante

atrás y de atrás adelante

Para la primera se usa el uretrotróico construido por Maissonneuve, el cual se compone de las piezas siguientes: 1.º de un conductor curvo acanalado por su concavidad y que se fija por su extremidad vesical, que termina por el marroca a una bujía flexible previamente introducida en la uretra; 2.º de una lámina triangular, que se inserta por su base en un tallo flexible y se desliza por la ranura del conductor; dicha lámina es roma por su cima y cortante por sus dos lados libres; y 3.º de un tallo recto destinado a atorollar a la bujía conductora para conducir la sonda después de practicada la uretrotomía evitando que se ape-

lotonada.

Para practicar la operación, es necesario en algunos casos aplicar el día anterior la bujía conductora y dejarla permanente, lo cual tiene la ventaja de permitir con más facilidad el paso del instrumento y además la reacción que determina, reblandece la estrechez y hace más fácil la sección de la misma. Antes de practicar la operación y después de aplicada esta bujía, se lavará perfectamente la uretra con una solución antiséptica apropiada y se anestesiará la uretra con la instilación de una solución de cocaína al 2% pudiendo emplear uno o dos gramos de esta solución. Una vez hecho esto, se procede a la operación que comprende los

tiempos siguientes: 1.º El ya indicado de la aplicación de la bujía conductora que en muchos casos no se hace hasta el momento de la operación. 2.º Se fija en su extremidad el cateter curvo y se hace penetrar hasta la vejiga. 3.º Se confía el cateter a un ayudante el que sostiene por su anillo y se desliza por su ramura la lámina cortante. 4.º Se retira el cateter y se atornilla en la misma bujía el tallo recto, el que se mantiene con la mano izquierda; y 5.º Sobre este tallo se desliza una sonda de extremidad cortada del n.º 15 y el ayudante retira a la vez el mandil y la bujía conductora.

Después de esto, el enfermo continúa en cama durante dos días, practicándole durante este tiempo cuatro la-

vados diarios: a los dos dias se retira la sonda si no hay ninguna complicacion y a los siete u ocho se puede recurrir a la dilatacion progresiva con los dilatadores de Beniqué, si no ser que la estrechez sea muy dura, en cuyo caso se comenzará antes.

Para la uretrotomía interna de *Atrás* a *de-
lante*, tenemos que valernos de otro instrumento. En efecto, el de *Maissonneuve* resulta inaplicable en algunos casos, o por que la estrechez es muy grande, en cuyo caso es necesario practicar una incision muy profunda, o por que existen bridas blandas que pueden librarse de la cuchilla del uretrotomo.

Para obviar este inconveniente Civiale
hizo construir un instrumento que, aunque algo modi-
ficado, todavía se usa. Posee un oliv terminal gracias
a la que puede apreciarse si existen o no bridas; al llegar
el instrumento al límite de la estrechez, se hace salir la
hoja cortante del mismo hasta que se comprenda, por la
falta de resistencia, que se ha seccionado toda la estrechez,
en cuyo caso, se retira la hoja y el uretrotomo.

Este aparato ha sido ventajosamente mo-
dificado por Desnos, que ha construido uno cuya bola
terminal es móvil y puede ser cambiada, para de esta
manera poder colocar una cuyo diámetro esté en relación

con el de la estrechez. Tiene tambien este instrumento en su estremidad penica, un conductor filiforme y en el otro extremo un cuadrante que indica en grados Charrière la salida de la hoja cortante, que puede graduarse a voluntad, imprimiendole un movimiento de rotacion al mango.

Puede ser útil el uretrotomo dilatador de Albarrán, cuando se trate de estrecheces apretadas en que sea preciso llevar a cabo la uretrotomía estando tensas las paredes de la uretra. Este instrumento tiene la forma, estando cerrado, de una biya metálica del n.º 38 con poca curvatura para que permita girar el instrumento a derecha e izquierda en el cuello de la vejiga. Para poder adaptarle

una hujía conductora, posee un tornillo en su extremidad vesical; el resto del aparato se compone de dos piezas, de las que, la superior, la más pequeña y que corresponde a la concavidad del instrumento, se desliza sobre la inferior merced a un tornillo que tiene el mango. La pieza móvil tiene por su cara adherente a la fija, tres tallos que, ocultos cuando está cerrado el instrumento, se separan al funcionar el tornillo del mango y deslizarse la pieza superior. Cada vuelta que se da al tornillo, hace aumentar en un tercio de milímetro el calibre del aparato, pudiendo llegar hasta el nº 58; por último, tiene además este instrumento en sus dos caras libres, dos ramuras que permiten seccionar

la estrechez en el punto que corresponde a su convexidad y concavidad con solo hacer pasar la hoja cortante por dichas ramuras y haciendo girar un cuarto de círculo el instrumento se incidirán las partes laterales de la estrechez.

Conocido el uretrotomo de Helbarran, fácil será comprender su funcionamiento: se introduce cerrado, se separan luego las dos ramas para poner tensa la uretra y se pasa con rapidez la hojita cortante por las ramuras y queda seccionada la estrechez por su parte superior e inferior; se hace girar luego un cuarto de círculo y se vuelve a pasar la cuchilla para seccionar las partes laterales.

Indicaciones de la uretrotomía interna.

Esta indicada cuando se trate de una estrechez que anente en el pene, pues, en este caso será perder el tiempo tratar de dilatarla, no consiguiendo más que irritar la uretra. Lo mismo ocurre en todas aquellas estrecheces inestensibles y que se hayan resistido a las maniobras de la dilatación.

Debe de practicarse esta operación en todas aquellas dilataciones que sangran y dan origen a complicaciones infecciosas locales o generales a la menor tentativa de cateterismo, sobre todo si hay síntomas generales de retención urinaria.

y elevación de temperatura, en la seguridad que será el mejor antitérmico para estos enfermos la uretrotomía interna oportunamente practicada.

El igital que en la dilatación, también pueden sobrevenir en el curso de esta intervención, algunos accidentes por lo general de poca importancia y que casi siempre podrán ser evitados. Entre ellos, el que puede llevar consigo mayor gravedad, es la hemorragia, la que si bien en la inmensa mayoría de los casos es escasa, puede en otros ser grave.

Debe de evitarse no distender demasiado la pared superior del canal, con cuyo objeto se mantendrá el pene de manera que forme un ángulo de 45° para no seccionar

demandado la estrechez, pero si apesar de todo ocurriera esta complicacion, será fácil cohibir la hemorragia practicando la compresion; y si con esto no bastase, se recurrirá a la uretrotomia externa y la amostania directa del vaso que sangra; debiendo tener presente que hemorragias tan rebeldes, son producidas casi siempre por la seccion incompleta de un vaso arterial o venoso y que puede bastar para obtener la hemostasia, el terminar la seccion.

Entre otros accidentes que pueden presentarse, y que son todos de menor importancia, recordare' como más communes: 1.º El que la sonda no se tolere, y para corregirlo, se harán lavados a la vejiga y se darán ene-

mas laudamirados; y 2.º El que la bujía conductora se apelmaza a veces en la uretra, lo que facilmente se evita si se procede con suavidad: es raro en los casos ordinarios, que aparezca fiebre despues de la operacion y con seguridad no sobrevendra, siempre que la sonda funcione bien.

Uretrotomia ~~co~~ecterna. - Si bien ya en el año 1554 Marianus Sanctus practicó esta operacion, por los éxitos que en ella obtuvo y por lo que de la misma ha escrito Parne Syme en 1844 ha sido el que popularizó esta intervencion quirúrgica. Poco despues la practicaba tambien con éxito Sedillot y sus discípulos. La diferencia del proceder operatorio de uno y otro cirujano, consiste

en que Syme practica la incision de la uretra habiendo previamente introducido un conductor para que le sirva de guia; mientras que Sedillot la lleva a cabo sin conductor.

Lucientemente voy a describir los dos métodos.

Uretrotomia externa con conductor (Operación de Syme)

Después de afeitado el periné y perfectamente desinfectado, se coloca el enfermo en posición de la talla; se introduce en la uretra el conductor de Syme y si no fuese posible se podrá colocar cualquier otro conductor más fino; después se incinden en la línea media las partes blandas, hasta llegar a la uretra procurando evitar la sección del

vulvo; al llegar a la uretra se hundirá el conductor y sobre él se incide su pared inferior, de tal manera que la incisión sobrepase el punto estrechado en sus dos extremos.

A través de esta herida perineal, se hace penetrar en la vejiga una biyá fina y con ella una sonda de extremidad cortada, cuyo pabellón sale por la herida perineal. Hecho esto, se pasa por el meato una biyá conica cuya punta se fija al pabellón de la sonda introducida en la vejiga y luego se tira de la biyá por el meato hasta que por él salga el pabellón de la sonda, mientras que por la otra extremidad permanece en la vejiga y de esta manera queda aplicada la sonda permanentemente.

Uretrotomia externa sin conductor. (Operación de Sedillot.)

Para llevarla a cabo, se introduce por la uretra, hasta llegar a la estrechez, un cateter bastante grueso para que pueda percibirse a través del periné; despues se practica una incision en la linea media que se extienda desde el escroto hasta cerca del ano, hasta encontrar el instrumento, seccionando luego las paredes uretrales, despues se pasa un hilo de seda por cada uno de los bordes seccionados y se entregan a un ayudante, lo que nos servirá para separar los labios de la herida y hacer mas facil encontrar el orificio estrechado, para lo que nos valdremos de un estilete de boton fino. Si se hiciera muy dificil encontrar

dicho orificio se incidirá extensamente para estrechar, logran-
 do con esto encontrarlo muchas veces y si apesar de todas
 estas tentativas no lo hallamos, podriamos dejar el enfermo
 hasta el dia siguiente para ver si se puede observar la salida
 de la orina, pero mejor será hacer el cateterismo retrógrado
 para lo que se practica la talla hipogástrica y por el cuello
 de la vejiga se hace pasar un conductor, el que va a salir
 por la herida perineal: en este caso se termina la operaci-
 ón lo mismo que en la uretrotomía externa con conductor, cer-
 rando inmediatamente la vejiga, a no ser que existan acciden-
 tes infecciosos graves que indiquen el drenaje de la misma.
 La herida del periné, es cerrada en el

acto, se deja granular o se sutura la profundidad de la herida, dejando granular los planos superficiales, segun los diferentes autores.

De todas maneras, es conveniente a los cuatro o cinco dias retirar la sonda permanente y practicar la dilatacion con los Beniqué.

Indicaciones de la uretrotomia externa. -

Esta indicada esta operacion; 1º En la mayor parte de las estrecheces traumáticas. 2º En las blenorragicas infranqueables o dificilmente permeables; y 3º Si se hallan complicadas de retencion urinaria, acciós febriles, lesiones renales o fistulas perineales.

¿ Cual de las uretrotomías debe ser preferida? - Desde luego, aunque las dos son operaciones benignas, lo es mucho más la interna. Por otra parte es más rápida, pues la interna al segundo día puede levantarse el enfermo, mientras que en la externa, aun los casos más favorables, tiene que guardar cama por dos o tres semanas; además la interna no necesita, como la externa la anestesia general. En cambio la recidiva es menos frecuente en la externa, aunque en algunos casos se presenta, si bien la recidiva en los casos que se emplea la uretrotomía interna se evita las más de las veces usando la dilatación consecutiva, según las reglas dadas anteriormente.

Resección de la uretra, excisión ó uretrectomía. - Tiene por objeto separar la porción de la uretra enferma, así como las porciones fibrosas periuretrales según diversos procedimientos.

La resección de la uretra, puede ser total ó parcial, es decir, comprender toda la circunferencia del cilindro estrechado, ó bien limitarse á una porción de dicha circunferencia, que ordinariamente es la porción inferior.

Cuando se practica la resección total, seccionando por delante y por detrás la estrechez, puede conseguirse desprender en una pieza el callo y parte estrechada, pero si el

perimé está endurecido y fistuloso, ó si la piel presenta muchas adherencias, se incidirá en la línea media como si se tratase de llevar á cabo la uretrotomía externa; y después de incidir en dos mitades la parte endurecida y estrechada, se desprenderán los dos trozos. - Una vez hecha la sección circular, se separarán mucho los dos extremos uretrales, siendo en algunos casos muy difícil el llegar á reunirlos.

En la resección parcial, la parte que se incide, corresponde á la pared inferior de la uretra, desempeñando la parte superior papel principal en la regeneración del conducto gracias á su capa epitelial. Con este procedimiento se evita la separación de los extremos de la uretra seccionada,

por lo que se recurrirá a él siempre que no haya lesiones en toda la circunferencia del conducto.

Una vez hecha la resección, hay que proceder a mirar la herida uretral, para lo que podemos seguir dos procedimientos. En uno, se suturan los mismos extremos de la uretra, cuidando que los puntos no perforen la mucosa, lo que en la mayor parte de los casos, resulta inaplicable, por la gran separación que queda después de la pérdida de substancia y la retracción que sufren los extremos separados; así como también por la falta de resistencia de los mismos tejidos, en cuyo caso apelamos al otro procedimiento que reconstituye la uretra con los tejidos para-uretrales que

estando sanos, reúnen buenas condiciones para este objeto y hasta llegan a recubrirse de capa epitelial.

Al hacer la sutura, se ha de tener colocada una sonda en la uretra, la que se dejará permanente; se practicará en dos planos, interesando como queda dicho los tejidos del periné y como material de sutura se emplea el catgut.

Indicaciones de la uretrectomía. - Esta indicada esta operación en las estrecheces antiguas, de periné duro y que después de usados otros procedimientos recidiven; también prestará buenos servicios en aquellos en que exista proliferación conjuntiva exagerada en el segmento inferior

del conducto uretral, en cuyo caso la uretrectomía parcial, será una cura radical; por último, serán indicación de esta operación las estrecheces acompañadas de trayectos fistulosos o de nodulos supurados. Es de advertir que el sitio en que con más facilidad se practica la resección uretral es en el periné, lo que ha de tenerse en cuenta para decidir al cirujano a esta operación.

Contraindican la resección, todos aquellos casos en que el periné está en malas condiciones para la autoplastia, por lesiones ulcerosas o cancerosas del mismo; y si en estos casos fuese de necesidad la resección, habrá que dejar la sonda permanente y esperar a que los tejidos, por

granulación restableciera el conducto sobre la misma sonda.

De los procedimientos que he indicado al
empezar a describir el tratamiento de esta afección, solo me
resta hablar dos palabras de la Electrolisis. Este modo de
tratamiento atacado por la mayor parte de los cirujanos, es
en cambio defendido por algunos, de la que hacen los mayo-
res elogios, entre ellos Fort, que dice haber recurrido a ella en
gran número de casos, sin haber tenido, ni incidentes desa-
gradables que lamentar, ni tampoco recidivas tan frecuentes
como en otras intervenciones. Tiene además la electrolisis,
según Fort, una gran influencia sobre la secreción mucosa
o moco purulenta que acompaña a las estrecheces, así como

sobre la gota militar, la que desaparece a las pocas sesiones.

En cambio la mayoría de los cirujanos, insisten en asegurar que la electrolisis no tiene ventaja alguna y que inclusive es más perjudicial que otros métodos, pues, si se usan corrientes de débil intensidad que ponen a cubierto de accidentes y que tienen cierta acción microbicida que puede ser útil, su acción es tan lenta que no tiene ventajas sobre la dilatación gradual. Si por el contrario se usan corrientes fuertes, se corre el peligro de la recidiva; siendo muy de tener en cuenta que la estrechez que resulta es más inestable que la primera y opone por consiguiente una gran resistencia a la dilatación; y así como los partidarios de estos

métodos, presentan estadísticas con muy buenos resultados, los contrarios las presentan haciendo resaltar la mayor frecuencia en las recidivas.

Para obtener la dilatación con la electrolisis puede usarse, siguiendo a Lang, corrientes de débil intensidad de uno a dos miliamperios, valiéndose para aplicación de un cateter olivar, que se sostiene al nivel de la estrechez durante cinco o diez minutos, haciendo una sesión cada diez o quince días, hasta que se logre franquear la estrechez.

Como se ve, este procedimiento es muy lento, pues, de ordinario son necesarias mas diez o quince sesiones

para obtener la curación

Otros, emplean la electrolisis lineal rápida, entre ellos Fort, que la practica del modo siguiente: la placa polo positivo de una pila de corriente continua, la coloca en la ingle e introduce en la uretra el uretro-electrolisor, hasta que su extremo de platino llegue al punto estrechado; este cateter que introduce en la uretra, lo pone en comunicacion con el polo negativo de la pila y hace pasar la corriente, usando como fuerza minima unos diez miliamperios: se ejerce entonces una ligera presión sobre el uretro-electrolisor y al cabo de algun tiempo que varia entre unos segundos y algunos minutos queda terminada la dilatación.

Al decir de Fort, no se observa dolor alguno ni hemorragia, ni tampoco se forma escara, pero es de creer como afirma la mayoría de los cirujanos, que la recidiva sea frecuente.

Con lo dicho, quedan reasumidos todos los procedimientos que en el día se usan para la curación de las estrecheces: todos ellos tienen sus defectos como también sus ventajas; y se me ocurre preguntar, ¿cual de ellos debe preferirse?

Si tenemos en cuenta el proceder operatorio con sus contingencias y sus indicaciones y contraindicaciones, tenemos que el convencernos que de una manera categórica, no puede contestarse a esta pregunta; pero de todos ellos el más usado, pues,

sus contraindicaciones se presentan relativamente pocas veces, es la dilatación. Ella es, no solo el procedimiento más general, sino también, aún en el caso que por sí sola no es suficiente para obtener la curación del enfermo, la que sirve de complemento a las uretrotomías, pues sin ella, después de haber practicado la uretrotomía, no tardaría en muchos casos, en volver a aparecer la estrechez a veces más pronunciada. Esto no quiere decir que las uretrotomías, ni aún la resección, no tengan su importancia en el tratamiento de esta afección, sino como al describir las indicamos, tiene sus indicaciones precisas que las hacen inimitables por ningún otro tratamiento.

Con todo, hay casos de estrecheces uretrales que no permiten la aplicación de ninguno de los medios descritos teniendo que recurrir a operaciones paleativas que permitan orinar al enfermo. De estas operaciones las más usadas son: la uretrotomía perineal y la cistotomía suprapúbica.

La uretrotomía perineal, tiende a la formación en el periné de un meato contranatural, para lo que se secciona la uretra por detrás de la estrechez y se disecciona en una extensión de unos diez a doce milímetros, luego se incide en una longitud igual en su pared inferior, para suturar después los bordes que resultan a la piel del periné.

Después de practicada esta operación, orina el enfermo por el periné, sin presentar incontinencia de orina y únicamente compromete las funciones de fecundación, porque, si bien el enfermo tiene las mismas erecciones en la eyaculación el semen sale por el meato formado.

Está indicada: 1.^a cuando hay grandes roturas y extensas cicatrices; 2.^a en aquellos enfermos que a la menor maniobra de cateterismo, presentan complicaciones que hacen suspenderlo; 3.^a si hay complicaciones renales; 4.^a si el enfermo es muy viejo y hay necesidad que la vejiga se evacúe pronto; y 5.^a en los casos que

empleados varias veces los métodos ordinarios haya recidivado siempre la estrechez

Cistostomía supra-pubiana. — Está indicada en las cistitis graves acompañadas de fistulas extensas, en los flemones urinosos difusos y en la infiltración de orina cuando no es suficiente la incisión, cuando es necesario desviar el curso de la orina y a la par que se ejecuta otra operación, y en fin, en los casos en que se hace imprescindible, no solo vaciar por completo la vejiga, sino llevarla lo más pronto posible; no viniendo a ser esta operación, más que temporal, pues, es sustituida por otra, tan pronto como sea posible.

El manual operatorio, es el mismo que el de la talla hipogástrica, diferenciándose únicamente, en que hay que suturar el orificio vesical al orificio cutáneo aplicando tres puntos de sutura, a cada borde, que comprenden la piel, el borde interno del recto anterior y el borde vesical.

Por último, Wagier en un caso en el que la uretra estaba por completo destruida desde el vulvo a la vejiga, seccionó la uretra y la transplantó por encima del pubis, en la cara anterior de la vejiga, la que puso al descubierto con una incisión longitudinal y luego suturó. En este caso, si bien el enfermo curó no contenía la orina más que dos horas, porque faltaba el esfínter vesical.

Historias.

Dada la extensión que ya tiene este trabajo, me creo precisado, no a terminar con lo que queda dicho por que resultaría incompleto, sino a acortar todo lo posible lo que me resta como complemento de él; por esta razón solo reseñaré entre los casos que podía presentar, cinco o seis y al mismo tiempo, extractados todo lo posible

M. C. de 31 años, escribiente. - Los antecedentes y el interrogatorio del enfermo, arrojan los siguientes datos:

A los 24 años tuvo una hemorragia de la que no hizo caso hasta que pasados doce días, como eran muchos los dolores que tenía, sobre todo al orinar, se decidió a consultarse: fue tratado con irrigaciones de permanganato potásico; a la séptima irrigación tuvo un acceso de fiebre que le obligó a pasar todo el día en cama, atribuyéndolo el enfermo a la irrigación. A los dos días volvió con las irrigaciones y se repitió el acceso de fiebre, teniendo que guardar cama 48 horas. - Como las molestias y el flujo casi desaparecieron y teniendo otro acceso de fiebre al cuarto día, al empeorar de nuevo el tratamiento, suprimió las irrigaciones, pero continuó con el trata-

miento higiénico durante un mes, en el cual le desaparecieron todas las molestias y solo apreciaba unas gotas de pus por las manomas: creyéndose curado, abandonó el tratamiento higiénico y continuó como de costumbre, excediéndose en las bebidas y en el coito. - Cuando los excesos eran grandes, al día siguiente el flujo aumentaba, pero al tercer día volvía a reducirse hasta quedar como anteriormente. - Así estuvo seis años, pero un día se excedió más que de costumbre y desde entonces fue mayor la cantidad de pus, y en vez de cesar como antes al tercer día, notó un ligero escozor al orinar; pasaron siete meses y por más que no sentía ninguna molestia

pues inclusive no se repitiera ese ligero escoror volvió a consultarse y nuevamente fué tratado con lavados en la creencia que era gota militar; pero al quinto día, tuvo un acceso de fiebre, continuando el flujo por lo que varió de médico.

Aunque por el interrogatorio no era de creer se tratase de una estrechez, para cerciorarse se decidió explorar la uretra resultando ser una estrechez situada en el fondo del saco del vulvo, formando una brida que ocupaba la pared lateral (lado derecho) y posterior y de un centimetro y medio de longitud; la dilatación por detrás del punto estrechado era pequeña, sin

do el explorador n° 27 el que con más exactitud pasaba por el punto estrechado.

Es sabido que el tratamiento indicado era la dilatación lenta progresiva, como así se hizo, y en la misma forma que queda descrita; habiendo pasado el dilatador n° 60 de Beniqué, se dió por curado al enfermo. Sin embargo, por dos veces se hubo de vacilar por que, después de la exploración, apesar de estar prevenidos por los accesos de fiebre que tuviera, por lo que se emplearon todos los medios sabidos para evitarla, se presentó un ligero acceso febril que no le obligó a guardar cama, repitiéndose otro a la tercera sesión y otro

a la novena, con serapito, la antisepsia y asepsia empleadas, de lo más escrupuloso; pero como los accesos eran ligeros y no se repitieron se continuó la dilatación con el más feliz éxito, habiendo cesado el flujo desde la sexta sesión.

A. C. de 34 años, ebomista, de temperamento nervioso y muy pusilánime: refiere que a los 20 años tuvo una hemorragia que trató con los baños de asiento, un específico y mas pildoras, que le aconsejó un compañero, que no recuerda su composición. A los doce días le disminuyeron mucho las molestias y el

flujo, pero, sin llegar a la desaparicion: asi estuvo dos meses y como le preocupaba mucho el flujo, fue a consultarse, recomendandole las irrigaciones de permanganato potásico. Las dió dos veces, pero eran tantos los dolores que le ocasionaba la cámbula, que el tuvo que suprimir las irrigaciones y solo al pensar que tenía que introducir cualquier objeto en la uretra experimentaba verdadero horror, por lo que volvió a tomar quince baños de asiento y cuanto especifico veia anunciado; le desapareció el flujo, pero reapareció a los seis meses en forma de gota militar. Asi estuvo once años al cabo de los que se encontró.

mucho peor, sintiendo dolor al orinar, dolor que mi comparacion era mucho mayor en el momento de la eyaculacion seminal, siendo tan intensos para los tres meses, que le obligaron a abstenerse de toda relacion sexual. - Festejando el dia de su santo, paró tanto el dia como la noche de broma y se excedió en la bebida, cosa que nunca hiciera; cuando sintió deseo de orinar, quiso hacerlo y no consiguió expulsar ni una sola gota: a la hora, los deseos eran irresistibles y por muchos esfuerzos que hizo, solo pudo expulsar algunas gotas. Dado su estado de ánimo canino se preocupó y, cosa rara, (decía el en

fermo) a la media noche orinó sin dificultad ninguna. En toda la noche no se alarmó con lo que le habría sucedido, contra su costumbre, pues, por la cosa más sencilla se preocupaba; pero a la mañana al despertar y recordar lo acaecido, su disgusto fue muy grande. Desde dicho día notó que empeoraba y cada vez más se disgustaba, llegando al extremo de faltarle por completo el apetito: así estuvo 16 días, y como medio para distraer su preocupación, volvió a excederse en la bebida, lo que le produjo la agravación de su mal, pues, era mucho más abundante el flujo y mayores las inoportunas al orinar; y creyendo que no

podía casarse y que su padecimiento era incurable se resistió a consultarse hasta que un compañero le obligó a ello.

Efectivamente, su semblante indicaba bien a las claras su estado de ánimo; la delgadez, demacración y flacidez de su musculatura, demostraba el lo mismo de sus sufrimientos. A las preguntas que se le hicieron contestó que al orinar, no lo hacía con la misma facilidad que antes, que el chorro no era tan grueso ni salía con tanta fuerza y que la orina era más cargada.

Se le hizo orinar y primeramente el

salieron mas gotas de pus cremoso y espeso; para orinar tuvo que hacer algun esfuerzo; el chorro era delgado y salía con poca fuerza y en forma espiral.

Costó mucho trabajo conseguir se dejase explorar la uretra; la introducción del explorador originaba dolor y se encontró un obstáculo que no permitía su paso: sospechando un espasmo se retiró; dejando pasar unos minutos (de quince a veinte) se introdujo de nuevo el explorador habiendo dado antes una inyección de cocaína. En efecto, el entorpecimiento era un espasmo, puesto que el explorador pasó sin dificultad habiéndose encontrado dos estrecheces, la primera en la porción esponjosa correspondiente al bulbo y la segunda un poco

menor, al nivel del vulvo en la parte anterior de la región membranosa: la forma en la primera era obal; y la segunda la de dos conos unidos por sus vértices, ocupando esta toda la circunferencia de la uretra y el orificio inclinado hacia el lado derecho: la primera solo comprendía la pared anterior lateral derecha y posterior siendo la dilatación por detrás de la estrechez segunda, mayor que por detrás de la primera: la longitud en la primera era de centímetro y medio y en la segunda de uno: el explorador que con más exactitud pasaba, era el 23 Charrière.

Prometiéndole la curación, consintió en someterse al tratamiento, rogando se le diesen inyecciones que

Se evitase el dolor, como así se hizo en las tres primeras sesiones. Se le trató por la dilatación lenta progresiva, llegando a pasar el n.º 60 Beniqué sin dificultad y obteniendo la curación. Desde la cuarta sesión cesó el flujo y las molestias al orinar; al llegar al dilatador Beniqué n.º 46 hubo algunas estrias de sangre y ese mismo día retención urinaria que cesó con el empleo de cataplasmas.

M. F. de 30 años, albánil de robusta constitución. A los 23 años, tuvo una hemorragia y por más que la sometió desde su principio a lavados con oxiciánuro de mercurio, no consiguió curarse del todo, por que la necesidad de

continuar trabajando no le permitia someterse a un tratamiento verdad; a los veinte dias le disminuyeron las molestias, pero el flujo, aunque en menor cantidad, continuó: a los seis meses volvió a consultarse, disponiendole lavados de permanganato potásico que continuó durante veinte dias, con lo que casi desapareció el flujo; al año reapareció y sin consultarse repitió los lavados de permanganato. Tel año y medio volvió el pus en mas cantidad; en nueva consulta le recomendaron volviere a los lavados de permanganato, pero que para curar le era necesario se le incidiese el meato, porque el estrechamiento que tenia, no le permitia curar. El mismo dia le practicó una incision con el bisturi su médico y por diez

días empleó las irrigaciones, quedando casi curado, pues, el flujo se redujo a unas gotas que tenía solo a las mañanas. Pasados cuatro años, además del aumento del pis, aparecieron molestias y tenía que hacer algunos esfuerzos para orinar; el chorro adelgazó y no salía con tanta fuerza; por el día eran más frecuentes los deseos de orinar, el coito doloroso, siendo mayor el dolor, cuanto más tiempo tardaba en verificarlo: aunque usó de nuevo el permanganato, solo consiguió que disminuyese el flujo, pues las molestias continuaban y sobre todo a los cuatro meses se hicieron tan intensas que se vio obligado a ingresar en el hospital. Examinado el enfermo se comprobó que era

necesario el esfuerzo para expulsar la orina, el chorro delgado salía en forma espiral y con poca fuerza; el pus era bastante abundante y espeso; las estrecheces estaban situadas, la primera en la raíz de la verga y la segunda a la entrada del vulvo cuya longitud era de un centímetro y medio y la forma, la de dos conos unidos por sus vértices; el orificio más inclinado hacia el lado derecho, pero correspondiéndose en la primera y en la segunda en el centro; el explorador que con más exactitud pasaba era el n.º 7 Charrière: tenía como complicación, cistitis y orquitis. Se empezó el tratamiento con la dilatación lenta permanente hasta que pudo pasar el dilatador

número 11: se substituyó esta, con la lenta progresiva, habiendo desaparecido las molestias y el flujo en la décima sesión: se pasó sin dificultad el n.º 60 Boniqué, pero, como quedaban algunas bridas que no fué posible hacerlas desaparecer con la dilatación, se hizo la uretrotomía interna de atrás adelante con el aparato de Desnos y se volvió a repetir la dilatación, saliendo el enfermo curado.

N.º R. de 30 años, labrador, de buena constitución. Padece a los 25 años una blenorragia que no empezó a curar hasta después de quince días, tratándola con lavados de bicloruro: a los 29 años tuvo otra blenorra-

gia y por no serle muy molesta la abandonó; y como al mes tenía más flujo que antes, se curó en la misma forma que la anterior, dejando de curarse al cesar el flujo: pasados tres meses observó al terminar la micción, la presencia de unas gotas de pus, al que no concedió importancia alguna.

A los seis años, (contando desde la primera hemorragia) notó entorpecimiento al orinar y que la cantidad de pus aumentaba; consultado, le dispuso su médico que continuase con los mismos lavados de bicloruro con lo que cesó el entorpecimiento al orinar, reduciéndose a unas gotas el flujo.- Pasados cinco años, se recuerda

ció el flujo y eran mayores las molestias al orinar, siendo necesario hacer esfuerzos para conseguirlo. Sin recurrir al médico, repitió los mismos lavados que no dieron resultado alguno; y como al año las molestias eran muchísimo mayores e iban en aumento se decidió a ingresar en el hospital.

Interrogado y examinado se observó, que además de las estrecheces padecía cistitis y epididimitis que se trataron antes que la estrechez. Una vez en condiciones el enfermo, se procedió a su exploración detenida: se le hizo orinar y se observó que tenía que hacer esfuerzos, que el chorro era bastante delgado y en forma de hoja de

sable y el pus de un color verde amarillento. Por la exploración externa se notaban dos puntos duros, muy perceptibles por la exploración mixta: estaban situadas las estrecheces, la primera y mayor a la entrada de la porción esponjosa correspondiente al uretro y la otra en el fondo del saco vulvar; la longitud en la primera era de dos centímetros y en la segunda un poco menos después de la que se percibía la uretra dilatada; la forma en la primera era la de dos conos unidos por sus vértices y en la segunda anular, ocupando los orificios en la primera casi en el centro y en la segunda más inclinado hacia el lado izquierdo y no era franqueable más que con el explorador.

número 1.

Por más que no pasó desapercibido que estaba indicada la uretrotomía interna, pues, presumiendo de que era relativamente grande, no podía esperarse buen resultado de la dilatación, por lo muy resistentes que eran las estrecheces, no obstante, como no existía más contraindicación formal de la dilatación que esta, se empezó por ella, apelando a la lenta permanente hasta que pudo pasar el dilatador n.º 11 reemplazándola entonces por la progresiva; al llegar al dilatador n.º 24 Beniqueí, hubo que suspender las sesiones por presentarse un ligero acceso de fiebre y retención urinaria, cesando esta a las seis ho-

ras con el empleo de cataplasmas: se continuó la dilatación a los tres días, pero hubo que retroceder en la enumeración, siendo el 30 el que se pudo pasar: al llegar al 40 se repitió la retención y el dilatador salió con alguna sangre, por todo lo que se apeló a la metrotomía interna de atrás adelante con el aparato de Desmos, que se llevó a cabo con feliz éxito, presentándose únicamente una pequeña hemorragia que cedió con la compresión; después se continuó con la dilatación, saliendo el enfermo curado.

F. B. de 22 años, cochero, de temperamento bilioso. - A los 18 años, tuvo una blenorragia que por la nece-

sidad de trabajar y por ser muy descuidado, abandonó, dándose únicamente los primeros días, unos ligeros lavados. Pasado un mes, las molestias desaparecieron, pero no el flujo que era bastante abundante, sobre todo por las mañanas; a los tres meses volvió a darse algunos lavados con lo que cansó del todo, pues, el flujo se redujo a unas gotas. A los tres años, no sabe si fue otra blenorragia lo que tuvo; el flujo aumentó mucho, acompañándose de ligeras molestias que a los ocho días desaparecieron sin practicar ningún tratamiento: a los diez meses empezó a notar entorpecimiento al orinar, de lo que no hizo caso; así continuó cerca de un año, si bien haciéndose más frecuentes los deseos de orinar por el día, lo

que conseguía con más dificultad y que fué aumentando, notando a los seis meses, que no salía con tanta fuerza la orina y que cada vez se hacía más delgado el chorro, volviéndose al mismo tiempo la orina de distinto color. El mes, todo cambió y con tal intensidad que el orinar le costaba un trabajo indecible, teniendo que hacer sumos esfuerzos y recurrir a distintas posiciones para conseguirlo, introduciendo el miembro en agua, o bien algún objeto en la uretra, siendo el chorro muy delgado y que se encontraba mojado sin darse cuenta; al terminar de orinar quedaba con deseos y por las noches, orinaba con más frecuencia que de ordinario, aunque no tanto como por el día. A los seis meses

las molestias eran sin comparacion mucho mayores, haciendose irresistibles y comprendiendo que solo en el hospital podia por lo menos aliviar sus insoportables molestias, ingreso en él.

Se reconoció al enfermo, viendose los sumos esfuerzos que para orinar algunos gramos tenia que hacer que el chorro era sumamente delgado, expulsado sin fuerza ninguna y en forma espiral. Como una de las complicaciones era la retención de orina, se procedió a darle salida y previos todos los cuidados necesarios, se pretendió pasarle una sonda y no habiendolo conseguido en la primera sesión, como la indicacion era bien clara, se insistió a las dos horas

con resultado; se dejó permanente y al día siguiente se sacó la bujía que facilitó alivio al enfermo, pues, orinó mejor y más cantidad: á continuación se pudo pasar el dilatador n.º 1 (Charrière) que se dejó permanente. Como complicaciones existía un absceso urinario agudo; se dió salida al pus y al siguiente día se hizo la cura del absceso y como el enfermo insistía en que quería salir del hospital lo más pronto posible para no perder el empleo, se le dejó colocado el dilatador n.º 3 pero antes se procedió á reconocer el conducto uretral, observandose que tenía tres estrecheces comprendidas entre la raíz de la verga y el comienzo de la porción membranosa; la primera y á la

vea la mayor era de forma anular, el orificio hacia el lado derecho, de trayecto tortuoso, su longitud se aproximaba a dos centímetros y muy resistente percibiéndose por la exploración externa; las otras dos, más pequeñas y de un centímetro próximamente, estando formadas por dos bridas situadas en la pared posterior.

Tenía como consecuencia de los muchos esfuerzos que había hecho para oír prolapso rectal y varices de las venas hemorroidales y además prostatitis aguda, cistitis y una fístula uretrocutánea.

Después de remediar en lo posible las complicaciones, se le hizo la uretrotomía externa por el proce-

dimiento de Lyne; al mes y medio no fue posible contenerlo por más tiempo en el hospital y aunque no curado del todo, salió relativamente bien.

B. R. de 48 años, mariner. Aunque al parecer habría sido de buena constitución, efecto de su padecimiento, conservaba únicamente por decirlo así, las ruinas de su organismo. A los 28 años tuvo una blenorragia y aunque la curó los primeros días con lavados de permanganato, como le molestaba la caínula, al disminuirle las molestias la abandonó, quedando solo unas gotas de pus que aparecían por las mañanas. - A los cuatro años, tuvo otra blenorragia.

que, como la anterior, solo trató mientras no le disminuían las molestias; el flujo más abundante, cuando cometía excesos aumentaba visiblemente. A los seis años padeció otra tercera hemorragia, la que trató tan imperfectamente como las anteriores: pasados dos años empezó a notar algunas molestias al querer orinar, los intervalos de las micciones se hacían muy cortos y como iban en aumento las molestias, se consultó habiendo sido curado según decía el enfermo con unos aparatos que de dos en dos días le introducía el médico en la uretra. Al verse curado no quiso seguir con el método terapéutico que el médico le dispuso. A los dos años y medio, volvió a notar las mismas molestias y así estuvo medio año y como

aumentáran mucho volvió a consultarse haciéndole una operación que por las explicaciones que daba, fue la uretrotomía interna. Aunque quedó bien, no fue tanto como con la operación anterior y a los tres años, empezó otra vez a verse molestado; como estaba falto de recursos, no pudo ir nuevamente a que lo operasen y así estuvo un año, en el que las molestias que sufría no tenían límites, pues, así como los intervalos de las micciones primero solo eran más cortos por el día, ultimamente eran casi igual por la noche y no podía pasar dos horas sin orinar: sin darse cuenta aparecía mojado, la orina salía como babeando, los esfuerzos que tenía que hacer, las distintas posiciones que adoptaba y en fin

los medios de que se valía no tienen explicación y en total solo salían algunas gotas quedando con los mínimos deseos; perdiera el apetito, lo que comía era vomitado, mi dolor de cabeza insufrible y diarrea; pero lo que más le amsto' fue, unos orificios que se abrieron en el pene, por los que salía la orina, ni bien desde ese día quedo' más descansado porque no tenía que hacer tanto esfuerzo para orinar, ni lo hacía con tanta frecuencia, apesar de lo que, se intranquilizó muchísimo, pero, lo que le decidió a ingresar en el hospital, fue una fiebre que tuvo y la presentación a los diez días de un absceso en el periné.

Bastaba la simple inspección para com-

prender el abatimiento y dolor que martirizaba al enfermo y cumpliendo sus anhelos se reconoció el tumor que tenía en el periné, resultando ser un flemon urinoso difuso, el que se incindió para dar salida al pus.

Como el estado del enfermo era grave, pues la fiebre que ya tenía al ingresar en el hospital se exacerbó a las doce horas, se operó al siguiente día para reconocerlo y por la exploración externa se percibían bien, dos tumoritos del volumen de un guisante, muy resistentes e induraciones en la raíz de la verga; además dos fistulas uretro-cutáneas por las que salía la orina como babeando y una hernia inguinal en el lado derecho. A los tres días dominó de

la fiebre, se hizo la exploración intra-uretral, pero no pudo pasarse ninguna sonda, lo mismo que en las dos semanas siguientes. Además de las complicaciones dichas y de la existencia de una cistitis, no admitía duda que se propagara la infección a los riñones y dada la insistencia del enfermo a que lo operasen, aunque muriese en la operación, al siguiente día así se hizo, obligando el estado de las lesiones a hacer la resección total en la forma descrita al estudiar el tratamiento.

La operación resultó bien, pero a los cuatro días murió a consecuencia de la pielonefritis.

No dejan de ser de importancia varios de

los casos que dejo de reseñar y entre los que han sido tratados; por la uretrotomía interna de adelante atrás uno y tres de atrás adelante; dos con el uretrotomo dilatador de Telbarrain; uno de uretrotomía externa por el procedimiento de Sedillot en el que fué necesario hacer la talla hipogástrica; y por último, dos de resección parcial, pero el temor si extenderme demasiado, me obliga a dar por terminada esta parte de mi trabajo.

Conclusiones.

-I. Las estrecheces uretrales consecutivas a la blenorragia crónica se presentan, en los casos mal tratados, en los que existió más de una blenorragia, en los que abusan del alcohol, del coito, del ejercicio, en una palabra, en todos los no sometidos a un buen tratamiento higiénico y terapéutico y en los que tienen algún vicio de conformación.

- II. El tiempo transcurrido entre la blenorragia y la apreciación de los primeros síntomas de estrechez por parte del enfermo, oscila en la mayor parte de los casos, entre seis y doce años, pues los hay que se manifiestan antes del primer año y aún pasados los veinte, no influyendo para nada la edad del enfermo.

- III. Puede ser única la estrechez, en cuyo caso, corresponde al fondo de saco del vulvo; pero frecuentemente son dos, localizándose por lo general, en la porción esponjosa correspondiente al vulvo y principio de la porción membranosa, aunque pueden encontrarse

en cualquier parte de la porción esponjosa y ser tres, lo que se ve raras veces, siendo todavia menos frecuente el que exista mayor número.

- IV. Si la estrechez ocupa toda la circunferencia, tiene la forma anular ó lo que es más frecuente, la de dos conos unidos por sus vértices; los orificios de la estrechez, no suelen corresponder al centro del conducto: no ocupando toda la circunferencia, no es constante la forma así como su localización en una pared u otra y en todos casos su longitud varia entre uno y dos centímetros.

- V. Si bien el grado de estrechez puede ser tan pequeño que llegue a pasar desapercibido aún después de una exploración detenida, se da el caso contrario de la obliteración completa, en la cual hay siempre un conducto capilar que pone en comunicación las partes de la uretra situadas por delante y por detrás de la estrechez, ó fistulas que permiten el paso de la orina.

- VI. No existe ningún sintoma patognomónico de la estrechez y prescindiendo de los datos suministrados por la exploración directa, solo en caso de estar remidos todos los demás, se podría hacer un diagnóstico más que probable.

- VII. Son tan pocos los síntomas de las estrecheces en sus comienzos, que no cabe ni sospecharlas y solo la exploración directa es la que resuelve el diagnóstico con muy contadas excepciones, siendo el endoscopio el que nos priva de dudas en casos parecidos.

- VIII. El instrumental necesario para la exploración y a la vez el más importante, comprende: 1º el explorador olivar flexible, 2º las biijas finas de forma espiral y de bayoneta, 3º el endoscopio; y 4º exploradores metálicos para los casos de espasmos.

- IX. En el reconocimiento directo debemos empezar

empleando un número mediano y terminar por el que pase con más exactitud, pero sin forzarlo por el punto estrechado.

- X. El explorador debe de manejarse con suma lentitud y por claras y terminantes que sean las sensaciones de entrada, debemos prestar mayor atención a las de retroceso, por ser más seguras.

- XI. Son muy contados los casos de infiltración de orina; más general es el flemón difuso de origen urinoso.

- XII. Aunque el pronóstico es grave, varía con el tiempo transcurrido desde la presentación de la estrechez al momen-

No de ser sometido al tratamiento, la edad, estado del individuo, con la existencia de complicaciones y condición social del enfermo.

- XIII. Entre los medios de tratamiento, el de elección es la dilatación lenta progresiva.

- XIV. La dilatación debe empezarse con los dilatadores flexibles hasta el 22 ó 24 (Charrière) y continuar con los metálicos de Benigné modificados por Guyon hasta el n.º 60, conseguido lo cual, se hará una minuciosa exploración para cerciorarse de que no existe uretritis, ni bridas.

XV. No con esto hénos de dár por terminado el tratamiento; es indispensable someter al enfermo á los dilatadores de mayor número una vez al mes, hasta pasados seis u ocho que se hará un mes si y otro no y en adelante cada tres meses, teniendo en cuenta que si en alguna de estas sesiones encontrasen dificultad los dilatadores empleados, hay que volver al tratamiento gradual.

XVI. Si no es posible llegar al n.º 60 de Beniqué se apelará á la uretrotomía interna de atrás adelante con el aparato de Desnos.

XVII. Todos los casos en los que la dilatación está for-

malmente contraindicada, recurriremos, atendiendo a sus indicaciones, a las uretrotomías y a la resección.

-XVIII. En los casos de uretrotomía interna, la preferida es la de atrás adelante con el aparato de Desnos; y estando indicada la externa, la mejor operación es la de Syme.

-XIX. La resección parcial, es la operación de elección, a no haber indicación especial en los casos de resección.

-XX. El tratamiento consecutivo por la dilatación, es de absoluta necesidad para obtener buen resultado.

Madrid, Mayo de 1905.

Emilio Martínez
Balsador

Admirable
Caval

Admirable
Caval

Verificó el ejercicio el día 20
de Junio de 1908 y fué ce-
lificado de sobresaliente
El premio

Roberto Collojin

Roberto Collojin

Roberto Collojin

Caval

Manuel
m. m.